Rok LXVIII. Kraków, dnia 6. lutego 1909. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

O chorobie Bantiego i sprawach pokrewnych.

Podał

Dr Maryan Godlewski.

Dnia 10/VI 1907 przyjęty został na oddział chorób wewnętrznych tutejszego szpitala chory G. lat 25, zatrudniony jako wyrobnik w fabryce żelaza. Ojciec umarł na dur brzuszny, matka ze starości, rodzeństwo żyje zdrowe. G. miał być — aż do obecnej choroby — zawsze zdrów, podnosi jednak, że już od lat kilku zauważył trapiące go często, zwłaszcza podczas forsowniejszej pracy, krwawienia z nosa. Napojów wyskokowych nie nadużywał.

Przed niespełna dwoma laty zauważył gniecenie w lewem podżebrzu, a potem powiększanie się obwodu brzucha; czy miał wtedy żółtaczkę, nie pamięta, przypomina sobie jednak, że lekarz, do którego zgłosił się po poradę, rozpoznał już wtedy »chorobę śledziony i wątroby«. Chory, stosunkowo inteligentny, wspomina, że objętość brzucha powiększyła się z biegiem czasu do tego stopnia, że nie mógł wcale siedzieć, puchlina ta jednak ustąpiła samoistnie niemal zupełnie.

Chory, nad wiek młodo wyglądający, o miernej budowie i odżywieniu, ma zabarwienie skóry żółtaczkowe. Na skórze brzucha charakterystyczne rozszerzenie żył (*caput Medusae*). Brak powiększonych gruczołów, brak obrzęków na kończynach. Narząd oddechowy bez zmian. Uderzanie końca serca nieco na zewnątrz przesunięte, wyraźny szmer nad końcem serca, brak zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną. Tętno regularne, nieco zwolnione (nigdy nie dochodziło 70 uderzeń na minutę, zwykle ponad 60). Stan przepony wysoki, a to skutkiem olbrzymich rozmiarów śledziony, która ku przodowi dochodzi do środkowej linii ciała, ku dołowi nie dochodzi na 2 palce do wysokości kolca kości biodrowej. Wątroba macalna, lewy jej płat zmniejszony, twardy. Nad lewą połową brzucha, zwłaszcza w okolicy śledziony, wysłuchuje się głośny szum, pochodzący z przepełnionych naczyń żylnych, słychać go też nad mostkiem, zwłaszcza w dolnej jego części, gdzie również rysują się grube, porozszerzane żyły. Narząd trawienia bez zmian, na uwagę zasługuje tylko zupełne odbarwienie stolców. Krwotoków jelitowych, ani wybroczyn na skórze, nigdy nie zauważono. Niema żadnych znamion kiły. Badanie rynologiczno-laryngologiczne poważniejszych zmian nie stwierdza. (*Crista* nosowa, *pharyngitis sicca*). Charakterystyczne zmiany znaleziono we krwi: niedokrwistość miernego stopnia (80% hemoglobiny hemometrem Sahle'go), ilość ciałek czerwonych 3,000.000; zauważono również bardzo wybitną różnicę w wielkości poszczególnych krwinek, stosunkowo dużo mikrocytów; jądrzastych ciałek czerwonych nie stwierdzono. Ilość ciałek białych znacznie zmniejszona — 2.800; stosunek wielojądrowych do jednojądrowych, prawidłowy. W moczu brak nieprawidłowych składników i barwików żółciowych — urobilina zwiększona. Szczegółowego badania przemiany materyi uskutecznić nie było można z powodów od nas niezależnych, co uważam za wielką lukę w całej obserwacyi. Choremu podawano przedewszystkiem arsen, następnie jodek potasu, bez żadnego skutku. Ponieważ stan ogólny chorego był zupełnie dobry, niedokrwistość stosunkowo niezbyt wielka, ponieważ stosowanie wszelkich środków wewnętrznych nie przynosiło — co zresztą było do przewidzenia — żadnych wyników, a nawet rozmiary śledziony się zwiększały, czuliśmy się uprawnieni namawiać chorego do operacyi wyjęcia śledziony, na co się też zgodził.

Po otwarciu jamy brzusznej (Prof. Dr Bossowski) ukazała się olbrzymia śledziona. Bardzo liczne i obfite, krótkie, nadzwyczaj silnie unaczynione zrosty uczyniły wyłuszczenie śledziony technicznie niemożliwem. Krwotok bowiem był tak gwałtowny, że choremu mimo wszelkich wysiłków operatora groziła śmierć z utraty krwi na stole operacyjnym. To też Prof. Bossowski odstąpił w toku zabiegu od dokończenia wyłuszczenia, a wytamponowawszy jamę brzuszną, zaszył ją.

W kilka dni po operacyi nastąpiło zejście śmiertelne.

Z badania pośmiertnego przytaczam jedynie szczegóły dotyczące narządów chorobowo zmienionych, t. j. wątroby i śledziony. Wątroba przedstawiała makroskopowo obraz daleko posuniętego zwyrodnienia włóknistego; była bardzo twarda, brzeg był ostry, płat lewy wyraźnie pomniejszony. Waga 1600 gr. (według Testuta prawidłowo. 1500). Olbrzymia śledziona ważyła 1040 gr. (zam. 180—200 Testuta). Współczynnik Posselta wynosił zatem 0·65 (zam. $^1/_{10}$ = 0·10).

Badania mikroskopowe:

Kawałki śledziony i wątroby utrwalono w sublimacie zgęszczonym z dodaniem pięcioprocentowego kwasu octowego.

Utrwalony materyał przeprowadzono przez alkohol o wzrastającem zgęszczeniu aż do absolutnego, następnie przez chloroform i parafinę, w której też materyał został zatopiony. Po pokrajaniu zabarwiono skrawki hematoksyliną i bordeaux.

Badanie mikroskopowe skrawków wątroby stwierdza na pierwszy rzut oka ogromny rozrost tkanki łącznej. Torebka wątroby jest bardzo znacznie zgrubiała. Wśród miąższu widać mnogie, rozmaicie się krzyżujące pasma tkanki łącznej włóknistej znacznej grubości; pomiędzy niemi leżą wyspy miąższu wątrobnego. Wyspy te są różnej wielkości, bądź większe, bądź mniejsze od zrazika; smugi tkanki łącznej biegną nieregularnie, nieraz dzieląc zrazik na kilka części. Naczynia centralne zrazików mają światło rozszerzone. W naczyniach międzyzrazikowych widać znaczne zgrubienie ścianki. Zmiany drobnowidowe śledziony były również bardzo znaczne. Przedewszystkiem uderzało ogromne zgrubienie torebki (*tunica albuginea*). Pokłady tkanki łącznej w tej warstwie są liczniejsze i znacznie grubsze, aniżeli w prawidłowej śledzionie. Dalej widać znaczne zgrubienie beleczek, wciskających się wewnątrz śledziony (*trabeculae lienis*), przez co oczywiście oczka siatki łączno-tkankowej śledziony uległy znacznemu zaciśnięciu. Grudki limfatyczne (*noduli limphatici lienales*), tylko tu i owdzie zachowują charakterystyczną swoją budowę. Po większej części limfatyczne komórki rozsiane są nierównomiernie wśród masy tkanki łącznej. Jeżeli komórki te występują w skupieniach, to są znacznie mniejsze, aniżeli w prawidłowej śledzionie. Zmian wybitniejszych w budowie naczyń śledziony stwierdzić nie mogłem.

Tak zwana choroba Bantiego, należy w ogóle do chorób rzadkich. Choroba ta nie stanowi też dotąd ściśle określonego typu, a istnienie jej jako odrębnej klinicznej jednostki, bywa nawet podawane w wątpliwość. Stąd też w obszernych nawet i bardzo cenionych podręcznikach patologii szczegółowej, albo żadnej zgoła o chorobie Ban-

tiego nie spotykamy wzmianki, albo tylko krótką i zbyt pobieżną. Korzystny pod tym względem wyjątek stanowi polski zbiorowy podręcznik medycyny wewnętrznej, gdzie chorobę tę omawia Pisek stosunkowo dokładniej, niż nawet w większych dziełach niemieckich. Natomiast w czasopismach lekarskich, oraz w sprawozdaniach ze zjazdów i posiedzeń lekarskich towarzystw naukowych, widać w tym względzie ruch bardzo ożywiony, co dowodzi, że w sprawie tej akta jeszcze nie są zamknięte, ani poglądy ustalone.

Sądzę przeto, że będzie na czasie nawiązać do powyższego przypadku krótki zarys poglądów, obecnie w tej sprawie panujących.

Przed kilkunastu laty (1894) ogłosił Banti (4) swoje pierwsze spostrzeżenia sprawy chorobowej, którą dokładnie określa pojęcie: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*.

Banti odróżnia trzy okresy tej sprawy. Okres pierwszy — zwany okresem niedokrwistości — cechuje olbrzymie powiększanie się śledziony, oraz niedokrwistość. Okres ten sprawia choremu tylko nieznaczne dolegliwości, dlatego często trudno oznaczyć jego początek; trwa on średnio 3—5 lat, rzadziej dłużej (aż do 11). Po nim następuje okres drugi — przejściowy. Ilość moczu się zmniejsza, pojawiają się w nim obficie moczany, często bilirubina lub barwiki żółciowe. Trwanie tego drugiego okresu nie przenosi kilku miesięcy, poczem następuje okres trzeci — okres puchliny brzusznej z mniejszemi lub większemi zmianami włóknistemi w wątrobie. Czas trwania tego ostatniego okresu zwykle nie dochodzi roku; wśród coraz bardziej postępującej niedokrwistości chory umiera, jeżeli na czas wykonane wyjęcie śledziony nie zdoła uleczyć choroby.

Patogenezy tej choroby dopatruje się Banti w swoistych zmianach śledziony, przyrody najprawdopodobniej zakaźnej. Sprawa, odbywająca się w wątrobie, jest więc wedle Bantiego zjawiskiem wtórnem. Zmiany chorobowe w śledzionie toczą się przedewszystkiem wzdłuż naczyń tętniczych grudek śledzionowych; tam właśnie buja tkanka łączna, rozrastając się stopniowo tak obficie, że niemal cały miąższ śledzionowy zająć może *(fibroadenia)*. Ale i naczynia żylne również ulegają zmianom; świadczą o tem zgrubienia ich błony wewnętrznej *(intima)*, która może w daleko posuniętych przypadkach, przedstawiać obraz zupełnie — według Bantiego — analogiczny do miażdżycy tętnicy głównej. Zmiany te nie ograniczają się do żyły śledzionowej, ale szerzyć się one mogą i na żyłę wrotną, aż ku wątrobie, znacząc niejako ślad drogi, którą zakażenie ze śledziony ku wątrobie zdążało. Prócz tych danych anatomiczno-patologicznych zwraca Banti uwagę i na pewne właściwości kliniczne tej sprawy. Niedokrwistość ma w tej chorobie, zdaniem Bantiego, również pewne charakterystyczne cechy. Zmiejszenie się ilości hemoglobiny przeważa nad zmniejszeniem się ilości krwinek czerwonych, znamienny ma być brak krwinek czerwonych jądrzastych oraz nierówna wielkość krwinek; ilość ciałek białych jest zdaniem Bantiego prawidłowa.

Badania Bantiego stały się bodźcem do całego szeregu prac autorów włoskich, poza Włochami jednak, opisy owej nowej postaci chorobowej mnożyć się zaczęły dopiero od czasu pracy Senatora, ogłoszonej w roku 1901. Senator (23) podziela mniemanie Bantiego, że zmiany pierwotnie sadowią się w śledzionie. Przyczyny ich dopatruje się ten autor najprawdopodobniej w samozatruciu ustroju i to najprawdopodobniej z przewodu pokarmowego. Senator rozszerza też pojęcie choroby Bantiego — i na te przypadki nadmiernego, pozornie pierwotnego przerostu śledziony z niedokrwistością, gdzie występuje puchlina brzuszna, bez wybitnych zmian w wątrobie. Oczywiście w tym razie musi być puchlina sprawą tylko miejscową, a nie jednym z objawów ogólnej wodnistości ktwi (*hydraemia*). Prócz tego rozszerzenia ram pojęcia samej choroby, są niewątpliwą zasługą Senatora krytyczne uwagi, dotyczące puchliny brzusznej w tej chorobie. Senator pierwszy zwrócił uwagę, że wybitna nawet puchlina brzuszna może w tej chorobie, czego pospolicie nie spotykamy przy zwykłych sprawach włóknistych wątroby — zniknąć samorodnie, lub po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej nie odnowić się i to nawet wtedy, gdy śledziona nietylko się nie zmniejsza, ale nawet wzrasta. Wynika stąd, że w chorobie Bantiego puchlinę brzuszną, nie koniecznie i nie zawsze należy odnosić do marskości wątroby. Przypuszczalnie, według Senatora, ma ona swe źródło w niedrożności czasowej, naczyń limfatycznych bo liczne drogi uboczne mogą ułatwić i umożliwić wyrównanie krążenia. Ważną dalej niewątpliwie zasługą Senatora są badania nad zachowaniem się krwi w chorobie Bantiego. Z badań tych wynika szczególne zachowanie się ciałek białych, a mianowicie: w przeciwieństwie do badań Bantiego — znaczne zmniejszenie się ich ilości często z przewagą jednojądrowych (*leucopenia*), co stanowi niewątpliwie ważny szczegół rozpoznawczy.

Z wielkim naciskiem podnosi również Senator, skłonność do skazy krwotocznej. Prócz krwotoków z przewodu pokarmowego, spotykano krwotoki z jamy ustnej i nosowej, krwioplucie, krwiomocz, krwotoki do tkanki podskórnej, a nawet do ciałka szklistego. (Senator).

Taką jest w zarysie treść badań Bantiego i Senatora.

Jak już wspomniałem dopiero Senator poddał całą sprawę ogólnej dyskusyi, a w sprawie nowej jednostki chorobowej odezwały się też wkrótce głosy opozycyi. Pierwszy Chiari (8) poruszył myśl, że choroba Bantiego może być anatomiczno-patologicznym obrazem późnej kiły dziedzicznej. Z czterech przypadków, które miał sposobność badać pośmiertnie można było w jednym na pewno, a w 3 z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać późną kiłę dziedziczną.

I w przypadku Hochhausa (13), zakończonym śmiercią po operacyi, stwierdzono zmiany kiłowe. Autor ten jednak nie wątpi, że inne przypadki choroby Bantiego, toczyć się mogą nie na tem, ale na innem tle i skłonnym byłby przyjąć odrębną postać marskości wątroby, wśród której śledziona powiększa się nadmiernie. Dla wytłómaczenia tych zmian śledziony przyjmuje Hochhaus (13) możliwość pobudzenia tkanki śledziony do nadmiernego rozrostu, przez zarazek zimniczy, który na tę śledzionę kiedyś działał. Podobnie zapatruje się i Minkowski, który nazywa taką postać białaczkową postacią marskości wątroby. Blizki tym poglądom Simmond (24) zwraca uwagę, że oprócz wyskoku mogą także inne trucizny, działać nietylko na wątrobę, ale też i na śledzionę. Na dowód przytacza przypadek sekcyonowany, gdzie obok marskości wątroby,

było znaczne powiększenie śledziony. Kiła była w tym przypadku niewątpliwą przyczyną zmian anatomiczno-patologicznych w obu narządach. Ale i inne przyczyny mogą wywoływać podobne zmiany. Simmond przytacza przypadek, dotyczący młodego majtka okrętowego, gdzie prócz zmian włóknistych wątroby znaleziono przy sekcyi bardzo powiększoną, bo $1\frac{1}{2}$ kg. ważącą śledzionę. W tym przypadku wywiady przemawiały za dyzenteryą i zimnicą.

(Dok. nast.)

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

(Ciąg dalszy).

2) W dziejach histeryi ciągle się natrafia na udawanie (symulacyę). Zresztą jest to prawda dawno znana, i już Charcot kładł na to szczególny nacisk. Lecz chociaż w zasadzie nikt temu nie zaprzecza, jednak mnóstwo lekarzy w poszczególnych przypadkach daje się zwieść przez mniej lub więcej zręczne kłamstwo i przypisuje histeryi objawy wynikające z szalbierstwa. Te przypadki trzeba podzielić na kilka odrębnych kategoryi.

Do jednej z nich należy naśladowanie takich zaburzeń, które wywołuje sugestya i leczy namowa, perswazya, słowem zaburzeń pityatycznych (podam niżej dokładne określenie tej nazwy), a więc naśladowanie pewnego rodzaju bezwładu, przykurczenia, znieczulenia itd., — zaburzeń, jednomyślnie zaliczanych do histeryi. Odróżnienie przedmiotowe obu tych rodzajów faktów jest całkiem niemożliwe, co się łatwo tłómaczy, gdyż mechanizm zjawiska jest w obu przypadkach jednaki, a odróżniają się one tylko stanem psychicznym jednostek, wprawiających ów mechanizm w ruch. Symulant ma całkowitą świadomość co do istoty swych skarg i swych czynów, tymczasem osobnik zasugestyonowany tej świadomości nie posiada, lub raczej ma tylko podświadomość, jest on jakby nawpół symulantem. Toteż możliwość udawania musi być zawsze brana w rachubę, gdy się ma przed sobą objawy, posiadające cechy pityatyczne; sprawa ta nie zawsze może być rozstrzygniętą z pewnością bezwzględną, i niewątpliwie w wielu przypadkach jednostki uważane za histeryczne, poprostu bawiły się kosztem lekarza i swego otoczenia.

Czasami ścisły dozór daje możność wykazania oszukaństwa; stanie się ono oczywistem, gdy, naprzykład, chory na porażenie poprzeczne wstanie i zacznie chodzić, przypuszczając, że nikt go nie widzi; jednak zazwyczaj symulant ma się na baczności i nie da się tak łatwo przyłapać. Na czem więc mamy się opierać, by w poszczególnym przypadku rozstrzygnąć, czy chodzi o symulacyę, czy też o sugestyę? Tylko na dowodach natury moralnej. Nadto, choć może się to wydać paradoksalnem, uważam, iż bezowocność leczenia psychicznego, zastosowanego w odpowiednich warunkach i z dostateczną wytrwałością, przemawia za przypuszczeniem symulacyi. Oto na czem opieram swe zdanie. Wśród olbrzymiej ilości przypadków, spostrzeganych przeze mnie, ta metoda okazała się bezskuteczną jedynie w zastosowaniu do jednostek, które ze znacznem prawdopodobieństwem mogły być podejrzywane o nieszczerość; były to bądź wrzekome ofiary nieszczęśliwych wypadków, które domagały się odszkodowania, bądź też byli to nędzarze, bez zajęcia i przytułku, którzy mieli niewątpliwe wyrachowanie zainstalować się na stałe w szpitalu, lub też wreszcie chodziło o osoby, które już w innych okolicznościach przyłapano na oczywistem kłamstwie, i których zapewnienia wobec tego nie mogły mieć żadnej wartości. W każdym razie, jakkolwiek każdy z poszczególnych wypadków może ulegać dyskusyi, to jednak na ogół biorąc, niewątpliwem jest, że dziedzina histeryi została ogromnie rozszerzona przez domieszkę niezliczonych przypadków udawania, podobnych do wyżej przytoczonych.

Do drugiej grupy należą zaburzenia również zmyślone, które jednak w przeciwieństwie do poprzednich nie mogą wynikać z sugestyi. Za przykłady mogą służyć gorączka i bezmocz. Znane są sposoby, używane do sztucznego podniesienia słupa rtęci w termometrze i nie ulega wątpliwości, że wiele z ogłoszonych przypadków domniemanej gorączki histerycznej jest takiego właśnie pochodzenia. Wykrycie oszukaństwa nie sprawia trudności: do tego wystarczy samemu zmierzyć ciepłotę za pomocą zwykłego sprawdzonego termometru i przy tem uważnie śledzić badanego, nie zadawalniając się, jak to się często zdarza, wynikami, otrzymanymi na termometrze maksymalnym, gdyż osoba zainteresowana może je z łatwością sfałszować. Że dawniej częstokroć ulegano podobnym oszukaństwom, widać choćby z tego, że odkąd specyalnie zwrócono uwagę w tym kierunku, t. zw. gorączka histeryczna zupełnie zniknęła ze szpitali paryskich. To samo da się powiedzieć o domniemanym histerycznym bezmoczu.

Trzecią grupę stanowią zjawiska nie zmyślone, lecz istotne. Są to rumienie, pryszczyki, wybroczyny, owrzodzenia, zgorzele, obrzęki. W tych przypadkach kłamstwo polega na tem, że chorzy obstają przy samorodnem powstaniu tych zaburzeń, gdy tymczasem zostały one sztucznie wywołane przez zastosowanie środka drażniącego, przez wprowadzenie pod skórę ciała obcego, przez ucisk kończyny opaską lub innym jakim sposobem. Trzeba też pamiętać, że prócz przypadków, w których udawanie wynika z interesu materyalnego danych jednostek, jest wiele innych, gdzie nie ma ono żadnej widocznej pobudki, chyba że jest to ze strony tych »mytomanów», jak ich nazwał Dr Dupré, chorobliwą żądzą wzbudzenia ciekawości, podziwu lub współczucia, słowem wyróżnienia się w ten lub inny sposób. Ogromną ilość podobnych faktów zaliczono do histeryi tylko wskutek stwierdzenia domniemanych znamion histerycznych, oraz dlatego, że nie znajdowano dla nich innej odpowiedniejszej etykietki. Przy tej sposobności przypomnę dowcipny aforyzm Lasègue'a: »Histerya jest koszem, do którego się wrzuca papiery, które nie wiadomo, gdzie zarejestrować«. Dr Vaguez ze swej strony również wypowiedział myśl podobną. Obecnie mając się pod tym względem na baczności, daleko częściej, niż dawniej, demaskuje się oszukaństwo; niedawno właśnie Prof. Dieulafoy przedstawił Akademii lekarskiej nadzwyczaj charakterystyczny przypadek tego rodzaju.

Ale — powiedzą mi zapewne moi przeciwnicy — chętnie uznajemy, że zakres histeryi został nadmiernie rozsze-

rzony przez popełnione błędy w rozpoznaniach i przez niedostateczne wystrzeganie się oszukaństwa; uznajemy też, w przeciwieństwie do dawnych poglądów, że zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze, odżywcze, krwotoki, gorączka, bezmocz nie mogą być odtworzone drogą sugestyi; to wszystko jednak jeszcze nie dowodzi, by podobne zaburzenia nie mogły być w pewnych przypadkach przejawami histeryi. Istotnie, nie skończyłem jeszcze swego dowodzenia, do tego właśnie przystąpię.

3) Skoro uznamy, że śród zaburzeń do histeryi odnoszonych jedne dadzą się wywołać przez sugestyę, inne zaś przez sugestyę wywołane być nie mogą, to przez to samo stwierdzimy, że zaburzenia t. zw. histeryczne nie są co do swego mechanizmu wszystkie do siebie podobne, że powinny one być podzielone na grupy, i w ten sposób już wyzbędziemy się dawnego zamieszania.

a) Mamy tu więc jedną grupę zjawisk, charakteryzujących się tem, że mogą one być wywołane przez sugestyę. Chodzi mi jednak o zwrócenie uwagi na to, gdyż ma to pierwszorzędne znaczenie, iż dla przypisania pewnego zjawiska sugestyi, nie wystarcza, aby zjawisko to powstało pod wpływem zaburzenia psychicznego, wywołanego wolą. Niezbędnem jest po temu, aby wola była również zdolną usunąć owe zjawisko, które sama wywołała. Mam prawo twierdzić, naprzykład, że napad drgawkowy jest wynikiem sugestyi, o ile, po wywołaniu go drogą doświadczalną zdołam też powstrzymać go w dowolnej chwili. Takie określenie sugestyi zawiera w sobie myśl, że wola jest panią zaburzeń przez nią wytworzonych, tudzież że jest ona zdolną jak gdyby drogą powrotną usunąć to, co sama wywołała. Dwie te właściwości ściśle są ze sobą związane; chociaż wskutek pewnych okoliczności związek ten nie we wszystkich poszczególnych przypadkach da się ustalić, można jednak w ogólności powiedzieć, że każda z tych właściwości tylko przez współistnienie z drugą stwierdza swą rzeczywistość [1]).

W jakiż sposób oznaczyć granicę dziedziny zjawisk, wywoływanych przez sugestyę? Przez obserwacyę i doświadczenia nad osobami sugestyi się poddającemi. Lekarze, którzy zechcą sobie pod tym względem wyrobić swe własne zdanie, będą musieli przedewszystkiem wybrać jako przedmiot swych badań jednostki wybitnie wrażliwe na poddawanie, podobne do tych, które dawniej nazywano »grands hypnotiques«.

Do takich wyników dojść można w drodze odtwarzania — na samym sobie lub na innych prawidłowych a poddających się tym badaniom osobach — objawów pozornie chorobowych, które mogą być zrodzone oraz następnie usunięte samym tylko wysiłkiem woli. Dodać należy, że tego rodzaju doświadczenia powinny być dokonywane na znacznej liczbie osób, gdyż pod tym względem zakres działania woli może być bardzo rozmaity u różnych osób. Nie trzeba więc wyłączać z dziedziny sugestyi tego lub owego zjawiska tylko na tej zasadzie, że się nie znalazło narazie kogoś, ktoby w danych warunkach był zdolny je odtworzyć; dopiero po wielokrotnych poszukiwaniach będzie się mieć prawo do takiego twierdzenia, jednak z tem zastrzeżeniem, że nowe doświadczenia mogą zmusić do uzupełnienia zdobytych poprzednio wywodów. Nie będę szczegółowo się zastanawiać nad zaburzeniami, wywołanemi przez sugestyę — zaprowadziłoby to mnie zbyt daleko. Ograniczę się do wyliczenia tylko najważniejszych z pośród nich. Są to mianowicie: napady drgawkowe, bezwłady, przykurczenia bardzo różnorodne co do swej siedziby i stopnia, drżenie, ruchy pląsawicze, czasem nieprawidłowe, ale po większej części miarowe, zaburzenia głosowe, oddechowe, zboczenia czucia, objawiające się w bezczułości lub przeczulicy, zaburzenia zmysłowe, zaburzenia pęcherzowe.

Odwrotnie sugestya, jak już zaznaczałem, nie zdoła wywołać wzmożenia lub zniesienia odruchów ścięgnistych, wywołać zaburzenia odruchów źrenicznych lub odruchów skórnych; może ona co najwyżej utrudnić spostrzeganie tych zjawisk, stwarzając pewne przeszkody, które wprawdzie zdołają zmylić nowicyusza, ale powinny być przezwyciężone przez doświadczonego badacza. Sugestya nie może wywołać zaburzeń naczynioruchowych, wydzielniczych, odżywczych, nie może własną swą siłą zrodzić krwotoków, bezmoczu, białkomoczu, gorączki. Co do tych poszczególnych objawów, to w ostatniej dyskusyi paryskiego Towarzystwa neurologicznego, nie było, rzec można, żadnej różnicy zdań, co dobitnie świadczy o zwrocie w opinii nawet tych, którzy się zdawali najbardziej przywiązani do tradycyjnego pojęcia histeryi.

Musimy tu poruszyć doniosłe zagadnienie, będące uzupełnieniem wytoczonej powyżej sprawy. Czy obraz przypadowy zjawisk, zrodzonych przez sugestyę, posiada cechy swoiste, jemu tylko właściwe, czy też może on również należeć do zaburzeń wywołanych bądź cierpieniem organicznem, bądź chorobą czynnościową, posiadającą mechanizm od sugestyi odmienny. W chwili obecnej pytanie to nie da się jeszcze rozstrzygnąć ostatecznie. Powiodło mi się, naprzykład, przez sugestyę zmusić pewną jednostkę do odtworzenia drogą naśladowania z taką dokładnością ruchów pląsawicy Sydenhama, że sam nie byłbym zdołał odróżnić kopii od oryginału. Lecz ta niemożność odróżnienia zależy, być może, od tego, że nasze badanie kliniczne nie posiada jeszcze dostatecznej przenikliwości, możemy jednak mieć nadzieję, że potrafimy z czasem odróżniać zupełnie dokładnie objawy sugestyjne od zaburzeń, wywołanych przez inne cierpienia, tylko na podstawie ich obrazu przypadowego. Trzeba wreszcie przyznać, że dziś już posiadamy li

[1]) Ponieważ znaczenie nazwy jest sprawą porozumienia się, możnaby słowu »sugestya« nadać treść obszerniejszą. Weźmy, naprzykład, chorego na chorobliwą obawę, który po wysłuchaniu wykładu o przymiocie, zostaje dotknięty obawą dotykania się, nieuleczalną przez leczenie psychiczne. Zaliż powiemy, że ta obawa chorobowa została poddaną przez prelegenta? Przypuśćmy, że tak. Ale jeśli tu była sugestya, to musimy przyznać, że różni się ona zasadniczo od sugestyi innego rodzaju, której wyniki dają się usunąć przez perswazyę, i że w takim razie zastosowaliśmy jedną i tę samą nazwę do dwu różnych zjawisk, z których każde powinnoby być oznaczone osobno.

Skoro już mowa o definicyi, przypomnę, że z drugiej strony według jednych słowo sugestya oznacza wpływ, przez który się zmusza inną osobę do przyjęcia jakiejkolwiekbądź idei bez względu na to, czy jest ona bezsensowną, czy też rozsądną; według innych zaś, i do tych też siebie zaliczam, nazwie tej należy nadać znaczenie wyłącznie ujemne. Jest to również sprawa porozumienia się. Bezsprzecznie jednak stan psychiczny człowieka, który przyjmuje podsuwaną mu rozsądną myśl, chociażby jej nie poddał ścisłemu sprawdzeniu, nie może być utożsamiony z umysłowością osobnika, którego się zmusza przyjmować »igły za widły«. Jeśli w pierwszym przypadku mówimy o sugestyi, w drugim przypadku musielibyśmy widzieć conajmniej »hypersugestyę«, przyczem ta przystawka »hyper« wyrażałaby właśnie odcień ujemny.

czne oznaki, pozwalające nam, w wielu przypadkach przynajmniej, na rozpoznanie prawie bezwzględnie pewne. Śród tych oznak jedne są dodatnie: tak naprzykład bez obawy pomyłki możemy twierdzić, że napad nerwowy z wielkimi ruchami drgawkowymi i tężcem tylnym (*arc de cercle*), lub też pląsawica miarowa są zjawiskami, zrodzonemi przez sugestyę lub udawanie, gdyż nie znamy innych przyczyn, któreby mogły wywołać takie zaburzenia. Inne oznaki są ujemne: powiem, naprzykład, że dany bezwład jest z wielkiem prawdopodobieństwem wynikiem sugestyi, o ile nie mogę stwierdzić żadnego z objawów, które towarzyszą w większej lub mniejszej liczbie bezwładowi innego pochodzenia. Dodam, nawiasem mówiąc, że rozpoznanie przypadków natury sugestyjnej o wiele częściej opiera się na oznakach ujemnych, niż dodatnich.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Jeaunin i V. Cathala: **O rokowaniach i wskazaniach przy cięciu przyłonowem (hebotomii).** (*L'Obstétrique* Nr. 5, 1908).

I. Przedewszystkiem autorowie zastanawiając się nad rokowaniem przy tym zabiegu w ogólności omawiają wszystkie wydarzenia i powikłania, jakie bezpośrednio lub później zajść mogą. I tak:

A) Wydarzenia bezpośrednie (wczesne):

a) Krwotoki znaczniejsze zdarzają się rzadko i to wskutek skaleczenia: 1) ciała jamistego łechtaczki, 2) splotu pęcherzowego, 3) opuszki przedsionkowej i żył przepony miedniczej, 4) z powodu przedarć i okaleczeń pęcherza i pochwy.

b) Krwiak, powstający najczęściej wskutek rozdarcia ciał jamistych, dochodzi do wielkości jaja i większej, ulega wessaniu wolno i może sprawiać bole i przebiegać z obrzękiem sromu. Niepomyślnem jego zejściem jest ropienie.

c) Rozdarcia pochwy i sromu — dosyć częste (10%), stwarzają warunki złamania powikłanego, mogąc stanowić źródło zakażenia dla rany kostnej. Są one najczęstsze u pierwiastek. Sprzyjają im wązkość miednicy, duży płód, zły stan części miękkich — dalej zanadto gwałtowne rozwarcie się przeciętych kości, zanadto szybkie wydobycie płodu (obrót, kleszcze).

d) Uszkodzenia pęcherza powstają wskutek rozwarcia się pierścienia miednicy, przez co pęcherz traci podporę i pociągany więzadłami ulega przedarciu, lub ulega temu, będąc przypartym przy wydobyciu sztucznem płodu przez główkę do ostrego brzegu przepiłowanej kości. Drugą przyczynę stanowi okaleczenie pęcherza igłą do hebotomii, zwłaszcza przy metodzie podskórnej. Skaleczenia narzędziem mają skłonność do zgojenia się samoistnego, skaleczenia przez rozejście się łuki mogą dawać powód do zacieku moczowego i nawet zejścia śmiertelnego oraz wytworzenia się przetok moczowych.

e) Przypadki zakażenia są bardzo częste (41%), a śmiertelność podług statystyki Gigliego wynosi 5%. Zakażenie wywołują przeważnie uszkodzenie pęcherza i okaleczenia pochwy, komunikujące z raną kostną. Może nastąpić zakażenie rany operacyjnej, zropienie krwiaków, zapalenie otrzewnej, zakażenie ogólne, wreszcie zakrzepy, bardzo częste po hebotomii, wskutek uszkodzenią splotów żylnych przedpęcherzowych.

B) Wydarzenia późniejsze po hebotomii są stosunkowo rzadkie. Należą tutaj:

a) Niemożność pracy fizycznej (b. rzadka). W warunkach prawidłowych operowane wstają z łóżka około dnia 20-go i chodzą dobrze, bez bolesności. Chód bywa zupełnie dobry lub tylko nieznacznie kołyszący. Badając miednicę, w miejscu przeciętem można stwierdzić nieznaczne przesunięcie odłamków kostnych, nie mające żadnych następstw. Około 8—10 dnia kostnina jest wytworzona, bezbolesna i nie wystaje ku miednicy. Zwykle wytwarza się blizna włóknista, może jednak powstać i blizna kostna.

b) Zboczenie w położeniu i wypadanie narządów rodnych, również bardzo rzadkie, a przytem trudno udowodnić, że bez operacyi nie mogłyby wystąpić.

c) Niemożność utrzymania moczu z powodu częściowego lub zupełnego porażenia zwieracza pęcherza.

d) Przepukliny pachwinowe wskutek przesunięcia pierścienia kanału pachwinowego, wydarzają się bardzo rzadko i to tylko 1) o ile cięcie kostne poprowadzono daleko od linii środkowej, 2) jeżeli nastąpił silny rozstęp kości, 3) jeżeli odcinki przepiłowanej kości wadliwie się złożyły.

C) Śmiertelność matek (5—7%), w ostatnich czasach znacznie mniejsza. Przyczyną śmierci prawie wyłącznie jest zakażenie — wyjątkowo tylko krwotok (dotąd znany tylko 1 przypadek).

D) Śmiertelność dzieci (7%). Zależy od mnóstwa czynników, niezależnych od samego zabiegu, statystyka więc nie może odpowiadać rzeczywistości. Zależy ona również od tego, że hebotomię zrobiono za późno, dopiero po nieudaniu się kleszczy, pępowina była okręcona koło główki itp.; wogóle ocenienie bardzo zawiłe. Dalej np. wpływa na śmiertelność dzieci konieczność szybkiego ukończenia porodu kleszczami lub obrotem.

II. Rokowanie porównawcze różnych metod hebotomii.

Zanim przystąpi się do przecięcia kości, należy się starać o możliwie szybkie rozszerzenie zupełne ujścia — o ile więc poród się przewleka, należy użyć któregoś ze sposobów rozszerzenia ujścia, zwłaszcza po odejściu wód (balony, Bossi). Również zakładają niektórzy balon do pochwy dla jej rozszerzenia, gdzie obawiamy się pęknięć (np. u pierwiastek). Po przecięciu łuku jedni kończą poród odrazu, pozostawienie jednak dalszego porodu siłom przyrody daje lepsze wyniki.

A) Z metod mających na celu otrzymanie trwałego rozszerzenia miednicy: *a)* jedne polegają na niezakładaniu żadnego opatrunku i utrzymaniu tym sposobem rozwarcia łuku łonowego, *b)* inne polegają na heteroplazyi, dążąc do niezrośnięcia się kości przez wkładanie w miejsce przecięte blaszek metalowych, celuloidowych itp.; wreszcie należą tu *c)* metody osteoplastyczne. Wszystkie te metody mają tę wspólną wadę, że dążą do wywołania niezrośnięcia się przeciętych odcinków, przez co naruszają prawa statyki miednicy i przeciwdziałają powrotowi do stanu prawidłowego (»restitutio ad integrum«), co powinno być końcowym celem hebotomii.

B) Metody rozszerzenia miednicy chwilowego: Obecnie są stosowane tylko zabiegi jednostronne i tutaj możemy rozróżnić 1) Metody z raną zewnętrzną, 2) Metody t. zw. podskórne, które można podzielić na: *a)* Metody częściowo podskórne, (Döderlein - Seligmann Henkel metoda podokostna), *b)* Metody całkowicie podskórne (Walcher-Bum-Stoeckel). Wszystkie te metody są równie proste i równie szybkie, wymagające 1—2 minut czasu, a jakkolwiek metoda Buma jest stosunkowo nieco szybszą, lecz szczegół ten przy tej operacyi nie ma żadnej doniosłości.

Co do powikłań przy różnych metodach, to: *a)* Krwawienia są nieco częstsze przy metodach podskórnych, a tamowanie ich łatwiejsze przy ranie otwartej. *b)* Krwiaki również częstsze wskutek tego przy metodach podskórnych. *c)* Przedarcia pochwy i sromu częstsze i cięższe, jak wykazują statystyki, przy metodach podskórnych, gdyż miejsce przecięte komunikuje wówczas z raną w okolicy, nie dającej się odkazić. *d)* Uszkodzenia pęcherza spostrzegano zarówno przy obydwu rodzajach metod, skaleczenia cięższe spotykano przecież częściej przy metodach podskórnych; przy otwartych łatwiej ich uniknąć. *e)* Przypadki zakażenia przy obydwu rodzajach metod równie częste (około 40%).

Co do powikłań późniejszych, to zależą one od naruszenia w mniejszym stopniu całości statyki miednicy i z tego punktu widzenia metoda podskórna byłaby doskonalszą, ponieważ części miękkie regulują do pewnego stopnia rozwarcie się pierścienia miednicy, utrzymując przecięte odcinki w zetknięciu. Metoda Buma zabezpiecza przed powstaniem przepuklin pachwinowych. (Powikłanie to jest zresztą b. rzadkie).

Porównując wszystkie za i przeciw rozmaitych metod dochodzi autor do wniosku, że metody otwarte stoją wyżej chirurgicznie, chociażby tylko dlatego, że nie narażają pęcherza na skaleczenia narzędziem. Co do śmiertelności, to wynosi ona ogólnie 6% i to przy metodach otwartych 10%, przy podskórnych 4,2%; ponieważ jednak statystyki nie odpowiadają sobie liczbowo, więc możliwe są i znaczne pomyłki, a stąd i błędne wnioski statystyczne. Nadto statystyka metody otwartej, jako dawniejszej, zawiera wiele mniej pomyślnych początkowych wyników, zanim zabieg przepiłowania kości udoskonalono. Logicznie metody otwarte lepsze są od podskórnych, pozwalają bowiem na wygodne tamowanie krwawienia i lepiej się zgadzają z zasadami nowoczesnej chirurgii, t. j. operowania o ile możności pod

nadzorem wzroku Podług zdania Króniga, metoda Buma jest najelegantszą, metody otwarte zaś najkorzystniejsze tak dla matki, jak i dla dziecka. Najlepszym zdaje się autorom sposób Dödarleina, jako najprostszy. Co do miejsca przepiłowania, najlepszem jest cięcie podług Calderiniego, które, jako leżące w pośrodku pomiędzy spojeniem a otworem zasłonionym nie uszkadza z jednej strony więzów łonowo-pęcherzowych i zwojów Santoriniego, z drugiej zaś leży w dostatecznej odległości od tętnicy zasłonowej.

III. Porównanie cięcia przyłonowego i cięcia łonowego.

Obydwa te zabiegi są technicznie równie łatwe. Pod względem rozszerzenia miednicy bezpośredniego dają z pewnością ten sam wynik, a co do rozszerzenia trwałego również wyniki zdaje się są równe. Zaletą hebotomii jest stworzenie rany kostnej, a nie stawowej, zwłaszcza w okolicy tak trudnej do odkażenia. Rozcięcie spojenia łonowego, jako zabieg operacyjny, jest niebezpieczniejsze ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo: 1) pęcherza i cewki, 2) splotów żylnych przedpęcherzowych i łechtaczki, 3) więzadeł łonowo-pęcherzowych, które nastepnie pociągając za pęcherz mogą stać się powodem jego uszkodzenia. Przy cięciu przyłonowem teren operacyjny jest pewniejszy, bo: 1) więcej oddalony od cewki i splotów żylnych przedpęcherzowych. 2) cięcie przypada poza więzadłami łonowo-pęcherzowemi (jedynie ciała jamiste obchodzą operującego). Przy hebotomii mniej bywa okaleczeń bezpośrednich, również rzadsze są późniejsze powikłania, gdyż zasady statyki są więcej uwzględniane, a temsamem i chód lepszy.

Cięcie przyłonowe jest więc udoskonaleniem cięcia łonowego, dając to samo bezpośrednie rozszerzenie miednicy, te same korzyści na przyszłość, jest operacyą chirurgicznie poprawniejszą, nie stwarzając rany stawowej w pobliżu ogniska zakaźnego, wywołuje mniej okaleczeń bezpośrednich i późniejszych następstw, śmiertelność matek jest cokolwiek, a płodów znacznie mniejsza, niż przy rozcięciu spojenia.

IV. Wskazania do cięcia przyłonowego.

Wskazania do hebotomii zostały w ostatnich czasach nieco ograniczone i dzisiaj ma ona zastosowanie tylko przy zwężeniach miednicy. Sprawa wskazań porównawczych różnych sposobów konkurencyjnych przy zwężeniach miednicy (poród przedwczesny, obrót, kleszcze wysokie, embryotomia, cięcie cesarskie), była już wielokrotnie przez wielu autorów roztrząsana, autor więc ją pomija, jako zupełnie już wyjaśnioną, stara się jedynie rozstrzygnąć pytanie: kiedy uciec się do cięcia cesarskiego, a kiedy wybrać hebotomię u rodzącej ze zwężeniem miednicy, aby ją rozwiązać jak najkorzystniej tak dla niej, jak i dla zdrowia jej dziecka?

Porównanie cięcia cesarskiego z cięciem przyłonowem.

Z wyjątkiem miednicy garbatych, przy której hebotomia daje znakomite wyniki, jedynie przy miednicy krzywiczej możnaby się wahać z wyborem pomiędzy hebotomią a cięciem cesarskiem, w przypadkach wątpliwych lepsze jest cięcie cesarskie, jako usuwające sam akt porodowy, chyba że w danym przypadku nie możemy się odważyć na otwarcie otrzewnej.

Klasyczne zasady postępowania przy tego rodzaju zwężeniach dają się ująć w dwie reguły: *a*) Przy miednicy krzywiczej, skoro poród się dopiero rozpoczął, szyjka mało rozwarta, błony całe, rodząca mało badana, stan ogólny dobry, lepszem jest cięcie cesarskie, jeżeli sprzężna prawdziwa wynosi mniej niż 7 cm; jeżeli sprzężna jest większa, należy czekać na zupełne rozwarcie ujścia, poczem wykonać hebotomię. *b*) Jeżeli poród trwa długo, pęcherz pękł, przypuszczać można zakażenie, to cięcie cesarskie jest wyłączone; hebotomia możliwa, o ile kobieta niezakażona a płód nieomdlały; przy braku tych warunków wykonać należy ćwiertowanie płodu, cięcie cesarskie sposobem Porro lub wycięcie macicy.

Autorzy nie uważają tych ogólnie przyjętych zasad za niewzruszalne i omawiają swoje zapatrywania w tym względzie, dzieląc nadające się przypadki na kilka grup, zależnie od tego, czy istnieją t. zw. idealne warunki do cięcia cesarskiego lub nie:

1) Przy istnieniu t. zw. idealnych warunków do cięcia cesarskiego będzie przemawiał za:

cięciem cesarskiem	hebotomią
wymiar sprzężnej prawdziwej poniżej 8 cm.	Ewentualna hebotomia będzie się nadawała przy wymiarze sprzężnej większym od 8,5 cm.

W granicach wymiarów sprzężnej prawdziwej pomiędzy 8—8,5 cm będą następujące okoliczności przemawiały za:

cięciem cesarskiem	hebotomią
a) pierwiastka	*a*) wieloródka
b) płód duży	*b*) płód średni lub mały
c) miednica ogólnie ścieśniona	*c*) miednica płaska
d) niedrożność części miękkich	*d*) dobry stan części miękkich

2) Przy braku idealnych warunków do cięcia cesarskiego.

A) Rodząca nie okazuje objawów wyraźnego zakażenia. Wybór zależy wtedy od oceny.

a) długości trwania porodu

cięcie cesarskie	hebotomia
Trwanie porodu odgrywa o tyle rolę, o ile przyczyniło się do częstszego badania	Przeciąganie się porodu przy pęcherzu pękniętym, o ile rozszerzenie szyjki postępuje wolno, stwarza niebezpieczeństwo zakażenia (o ile więc można czekać, należy starać się sposobami niekrwawymi o rozszerzenie ujścia)

b) stanu pęcherza płodowego

Zależy od tego, jak dawno pękł pęcherz, czy wody jeszcze odchodzą, czy są czyste lub ze smółką, bez nieprawidłowej woni	Stan pęcherza płodowego nie jest przeciwskazaniem do hebotomii

c) czy już podejmowano inne zabiegi?

a) Zabiegi zmierzające do przyspieszenia porodu, o ile czysto wykonane, są mniej niebezpieczne	*a*) Zabiegi celem rozszerzenia ujścia nie są przeciwskazane
b) Po próbach nieudałych, obrótów, kleszczy, itd., cięcie cesarskie jest przeciwwskazane, gdyż i los dziecka niepewny.	*b*) Zabiegi na płodzie, o ile nie nastąpiło okaleczenie dróg porodowych, nie stanowią przeciwwskazania; w tych jednak przypadkach już ze względu na możliwość zakażenia lepszą jest hebotomia od cięcia cesarskiego.

d) O ile dziecko ucierpiało: ćwiertowanie płodu.

B) Rodząca okazuje objawy zakażenia.

a) Wiewiór nie zawsze jest przeciwwskazaniem dla cięcia ces. (po odpowiedniem oczyszczeniu sromu i pochwy nadmanganianem potasu). *b*) Zakażenie połogowe (streptoc. staphyloc. bact. coli., beztlenowce), jest przeciwwskazaniem do cięcia cesarskiego zachowawczego.	W przypadkach zakażonych hebotomia jest niebezpieczniejszą, niż w niezakażonych. Istniejące zakażenie pogarsza rokowanie hebotomii, gdyż ona wywołuje: 1) pewien wstrząs przez sam zabieg, 2) ewent. krwawienie, 3) ewent. pęknięcie pochwy otwierające drogę dla zakażenia, 4) stworzyć może warunki złamania powikłanego (w takim zaś przypadku należy sączkować)

W przypadkach takich lepiej się nadaje operacya cięcia cesarskiego sposobem Porry.

Zaleca się więc wykonywać hebotomię u kobiet, nie przedstawiających obrazu zakażenia, a w przypadkach cięższego zakażenia zastosować operacyę Porry.

V. Ostateczne wnioski są następujące: Cięcie przyłonowe (hebotomia):

1) Jest zabiegiem doskonalszym od cięcia łonowego (symphyseotomia).

2) jedynie logiczną metodą operowania jest metoda z raną otwartą; metody podskórne sprzeciwiają się obecnym zasadom chirurgii ogólnej i łączą się z niebezpieczeństwem skaleczenia pęcherza narzędziem.

3) W chwili rozpoczęcia się porodu, cała wyższość hebotomii nad cięciem cesarskiem leży tylko w tem, że ona dozwalając czekać na zupełne rozwarcie się ujścia, liczy się z możliwością samorodnego wstawienia się główki. Z góry należy więc ją wybrać jedynie w przypadkach zwężeń, gdzie można na to liczyć (sprzężna większa niż 8,5 cm).

4) Przy ujściu zupełnie rozwartem, przy równych zresztą innych warunkach cięcie cesarskie jest co najmniej równie dobrym zabiegiem, jak hebotomia. Przy istnieniu objawów zakażenia odpowiedniejszą jest hebotomia (zaleca się w tych przypadkach sączkować ranę operacyjną).

5) Sączkowanie rany operacyjnej, bodaj krótkie, uważają autorzy za bardzo korzystne postępowanie, gdyż chroni to przed niektóremi wydarzeniami bezpośredniemi i zapobiega zakażeniu małych krwiaków międzyłonowych. *Dr Stanisław Przybylski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **Rękawiczki i ich środki zastępcze.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 51). Mimo licznych zachwalań powłoczek na ręce, mających zastępować rękawiczki, t. j. chirosoteru i dermagumentu, B. na zasadzie swych badań ostrzega przed stosowaniem tych środków na rękę, przedtem nieodczyszczoną. Jeżeli chodzi o wielki pośpiech, to najlepiej jeszcze używać rękawiczek, które odkaża się przez wytarcie przez minutę 20% rozczynem formolu. *K.*

Werndorff. **O almateinie.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Almateina, środek uzyskany na drodze syntetycznej z formaldehydu i hematoksyliny, jestto bezwonny ceglasty proszek, łatwo rozpuszczalny w glicerynie. Polecono go jako środek zastępczy jodoformu w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Almateina ma działanie odkażające formaldehydu i ściągające hematoksyliny. Już Venus (Przegląd lek. i Zentralbl. f. Chir. 1908) doniósł o bardzo korzystnem działaniu almateiny; obecnie W. w zupełności to potwierdza. Almateinę stosował W. jako zasypkę, 10% gazę, 1% rozczyn glicerynowy i jako plombę kostną. Wogóle z wyników był bardzo zadowolony. Almateina wysusza rany, pobudza ziarninę, zmniejsza wydzielinę, a zwłaszcza nadaje się znakomicie zamiast jodoformu do plomby kostnej Mosetiga. Do ropni wstrzykuje się do 10 grm 1% rozczynu glicerynowego. Almateina działa też korzystnie jako zasypka przy odleżynie i wypryskach przyrannych. *Kl.*

Prof. Müller. **O zatruciu lizolem.** (*Tow. lek. Norymberga* 5. XI. 1908). Otrucia i zatrucia lizolem stają się obecnie w miarę rozpowszechniania się lizolu coraz częstsze, a odnosi się to tak do zatruć przypadkowych, jak i do samobójstw. Dawka trująca lizolu waha się zależnie od wieku, miejsca zastosowania, od 20—60 ctm. Od kiszki stolcowej działa lizol znacznie silniej trująco, niż od strony ust. Żołądek pusty oddziaływa na truciznę znacznie prędzej. Objawy poparzenia błon śluzowych są zwykle nieznaczne. Cechujące są zapach lizolu i brunatne smugi, ciągnące się od kącików ust ku brodzie. Wskutek działania krezolów chorzy tracą szybko przytomność, zjawia się świszczący oddech, sinica, zwężenie źrenic, odruchy kolanowe i rogówkowe znikają, tętno małe, a częste. Nawet w najrozpaczliwszych przypadkach nie należy opuszczać rąk, lecz płukać żołądek, podać środki pobudzające, mleko, calcaria sacharata i lewatywę z wyskoku. Jeżeli chorzy przyjdą do siebie, to grozi im jeszcze potem drugie niebezpieczeństwo, t. j. powikłania płucne. Mocz bywa typowo zabarwiony czarno-zielono, podobnie jak przy zatruciu karbolem i daje odczyn, opisany przez Baumgartena i Kaminera, t. j. po dodaniu kwasu siarkowego lub solnego barwi się niebiesko, a po dodaniu ługu sodowego czerwono. Odczyn ten pochodzi od bliżej nam nieznanego barwnika. *A.*

Goldenberg. **O zaczynowem leczeniu ropni gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1). W tymczasowem doniesieniu omawia G. sprawę leczenia zaczynowego ropnych spraw gruźliczych. Jochmann, Daetzner, Müller, Peiser, ogłosili niedawno swoje wyniki zaczynowego leczenia spraw gruźliczych i przeciwzaczynowego ostrych spraw ropnych. G. w leczeniu spraw gruźliczych postępuje nieco inaczej, a mianowicie nie wstrzykuje do ropni gotowego zaczynu, lecz stara się go otrzymać miejscowo, niejako *in statu nascendi.* Na podstawie badań Heilego wstrzykuje G. rozczyn nukleinianu sodu, przez co wywołuje nagromadzenie się miejscowe ciałek białych, a potem naświetla miejsce ropnia silnie promieniami Röntgena, przez co wywołuje rozpad ciałek białych i uwalnianie się wolnego zaczynu. W ostatnich czasach zamiast nukleinianu sodu, używa G. przetworów srebra, zwłaszcza protargolu. Wyniki miał G. bardzo dobre. *K.*

Krecke. **Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1). K. jest zwolennikiem teoryi o powstawaniu choroby Basedowa wskutek zmian gruczołu tarczowego i uważa zabieg operacyjny, wykonany w porę na gruczole tarczowym, za jeden z najracyonalniejszych sposobów leczenia. L. próbował leczenia promieniami Röntgena, ale bez skutku, a nawet spostrzegał pogorszenia. Wogóle operował 17 przypadków choroby Basedowa. Jeden przypadek zakończył się śmiercią, gdzie K. naraz operował po obu stronach, dlatego też radzi zawsze operować tylko po jednej stronie, a dopiero w razie, gdy skutek nie jest jeszcze zupełnie dobry, w pewien czas dopiero po stronie drugiej. W przypadkach cięższych należy nawet ograniczyć się na razie do podwiązania tętnic. K. operuje w uśpieniu, gdyż przekonał się, że jest ono mniej niebezpieczne dla serca, niż wstrząs nerwowy przy operacyi w znieczuleniu miejscowem. Wyniki wogóle ma bardzo dobre. Po operacyi u 12 chorych serce uspokoiło się zupełnie, podobnież objawy nerwowe, chorzy przybrali na wadze i wysadzenie gałek ocznych się zmniejszyło, a u jednego chorego znikło po jednej stronie zupełnie. Nie należy jednak do operacyi przystępować za późno. Kocher twierdzi, że chorobę Basedowa cechują następujące zmiany krwi: zwiększenie liczby ciałek czerwonych, zmniejszenie białych, zwłaszcza wielojądrzastych, a odsetkowe zwiększenie jednojądrzastych. K. spotykał czasem te zmiany, ale u wielu chorych krew przedstawiała znów zupełnie prawidłowe stosunki. *K.*

Gocht. **Uszkodzenia, wywołane promieniami Röntgena, zapobieganie im, leczenie i znaczenie sądowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1—2). Uszkodzenia rentgenowskie powstać mogą przez krótkie, ale silne zadziałanie promieni, lub też przy działaniu przewlekłem, a dotyczą skóry, narządów limfatycznych, płciowych, nerwowych, wreszcie mogą promienie Röntgena działać niekorzystnie na wzrost i energię życia. Uszkodzenia skóry ostre, obejmują 4 okresy: 1) wypadanie włosów i zmiany barwikowe skóry, 2) objawy zapalne, naciek, swędzenie, w następstwie wypadanie włosów i łuszczenie się skóry, 3) wśród silnych bolów nacieki, pęcherze i ropienie, 4) silne zniszczenie skóry, owrzodzenia trudno się gojące. Zmiany pod 1) i 2) ustępują zwykle same, gdy dotknięty niemi, zaprzestanie narażać się na promienie. Uszkodzenia przewlekłe cechują się zmianami takiemi, jak pod 2), a dalej nadmiernem zrogowaceniem, łuszczeniem, zwłaszcza w okolicy paznokci, pęknięciami, ropieniem, brodawkowatemi wyroślami, rozszerzeniem naczyń włosowatych, kruchością paznokci i pękaniem ich, a w końcu głębokiemi owrzodzeniami, wiodącemi do wielkich zniszczeń, a nawet raków. Na narządy limfatyczne, (śledzionę, szpik kostny, krążące ciałka białe) działają promienie niszcząco; podobnie działają szkodliwie na narządy płciowe, wywołując zanik i zwyrodnienie (niepłodność). Zmiany w układzie nerwowym cechują: bole głowy, zawroty, osłabienie, ślinotok, bicie serca, senność; u zwierząt spostrzegano porażenia. U młodych zwierząt stwierdzono zgubny wpływ promieni na wzrost i to w dawkach, nie wywołujących nawet wypadania włosów. Im zwierzę młodsze, tem działanie silniejsze. Wprawdzie u dzieci dotąd złych skutków rentgenizacyi w tym kierunku nie spostrzegano, ale spostrzeżenia u zwierząt nakazują bądź co bądź zawsze ostrożność. Czasem w następstwie rentgenizacyi wystąpić mogą psychozy. Najwięcej narażeni są naturalnie lekarze, inżynierowie i służba pomocnicza. Chorzy narażają się na uszkodzenia przy zdjęciach rentgenowskich długo trwających, z powodu nieudania się powtarzanych, przy częstych prześwietlaniach, n. p. celem demonstracyi i przy leczeniu promieniami. Wobec dzisiejszego stanu rentgenologii powinny uszkodzenia należeć do wielkich rzadkości, o ile lekarz, zajmujący się rentgenizacyą, jest dokładnie i wszechstronnie obeznany z techniką tej metody i biologicznemi własnościami promieni i o ile zachowuje odpowiednie ostrożności tak co do ochrony, jak odpowiedniego dawkowania i zwraca uwagę na czułość miejsca naświetlanego. Stosowna dawka promieni zależy od ilości i jakości promieni i od oddalenia źródła promieni od ciała. Jakość promieni zależy znów od ilości gazu i obciążenia lampy. Lampa, zawierająca obficie gaz, przy odpowiedniem obciążeniu nazywa się miękką i wysyła promienie mało przenikające. Lampa, zawierająca mało gazu, zowie się twardą i wysyła promienie drążące w głąb. Ilość promieni zależy od długości naświetlania i rozległości obszaru naświetlanego. Do celów n. p. leczniczych używać należy lampy dobrze świecącej o średnim stopniu ewakuacyi. Dawka w takiej lampie zależy od odległości ogniska i czasu naświetlania. Obecnie znamy już sposoby odpowiedniego dawkowania i obliczania dawek promieni. Aby uniknąć odpowiedzialności, a raczej aby (w razie ew. procesu) udowodnić, że postępowało się odpowiednio, trzeba starać się pracować o ile możności w jednakich warunkach, zapisywać dokładnie wszelkie dane co do siły promieni w danej chwili (twardość, oddalenie ogniska, czas naświetlania i t. p.). Chcąc zadziałać w głąb, należy pokrywać skórę materyałami, do niej podobnymi, n. p. safianem i t. p. Ochrona polega na zakrywaniu ciała materyałami, zawierającymi ołów. Lekarz powinien stać zawsze za antykatodą. Pracownia rentgenowska powinna być odpowiednio urządzona i odosobniona. Leczenie uszkodzeń skóry polega przedewszystkiem na wstrzymaniu się zaraz od zajęć rentgenowskich, dalej od mycia rąk, zwłaszcza środkami przeciwgnilnymi

i od powalania rąk gipsem. Unikać też należy maści kokainowych, ortoformu, anestezyny. W przypadkach zapalnych dobrze działają okłady z wody ołowianej, dalej przetwory smołowe i maść: *Hydrarg. sulfur. 1,0, Sulfur. praec. 10,0, Litantral. 10,0, Ungt. Casein. 100,0.* Przy zrogowaceniach skutkują mydła salicylowe i plastry salicylowe, w razie koniecznym usuwanie miejsc zrogowaciałych ostrą łyżeczką. Przy owrzodzeniach stosuje się smarowania jodyną, eozyną, przypalanie, a nieraz dopiero wycięcie i szew lub plastyka pomagają, zwłaszcza, że na tle niegojących się wrzodów wytworzyć się mogą raki, przykurczenia stawów bliznowate i t. p. Co do sądowego znaczenia uszkodzeń rentgenowskich, to pamiętać należy: 1) Promienie stosować wolno jedynie w celach rozpoznawczych i leczniczych, i to przez lekarza, dokładnie z całą sprawą obeznanego. 2) Chorego należy ostrzedz, że mimo największych starań może wystąpić pewien odczyn (I. lub II. stopnia), a czasem umyślnie się go nawet wywołać musi w celach leczniczych. 3) Lekarz przed badaniem powinien się zapytać o dane co do drażliwości skóry chorego; podczas badania ani na chwilę nie opuszczać pokoju. 4) Należy zapisywać wszystkie dane, by w razie skargi znawcy (a powinni być nimi ludzie również dokładnie obeznani z rentgenologią) mogli mieć dokładny obraz postępowania lekarskiego. *A.*

Kollner. **Zagrożenie rogówki przez operacyjne usunięcie zwoju Gassera.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 49). Niektórzy chirurdzy wspominają o schorzeniach rogówki po usunięciu zwoju Gassera. Według Turka występują one w 22·9% po operacyi, jeżeli zaś zwój usunie się zupełnie, w 25·5%. K. zebrał 18 przypadków, operowanych w klinice Biera i z 12 następowo badanych (o 3 zmarłych donieśli lekarze), znalazł u 10 schorzenia rogówki. Zmiany prawie zawsze były jednakie, t. j. w środku ubytek nabłonka, a nawet wrzód, w przypadkach zaś dawniej operowanych blizna. Zwykle zmiany w rogówce występują w pierwszych tygodniach po operacyi, zwłaszcza jeżeli się oka odrazu nie chroni opatrunkiem. Przy odpowiedniem leczeniu zwykle sprawa się goi i rokowanie jest dobre, choć nawroty także się zdarzają. Rzadko tylko zdarzają się poważniejsze następstwa, jak zapalenia tęczówki, a nawet utrata wzroku. Przyczyny szukać należy w zmianach dróg nerwowych odżywczych (połączeń nerwu współczulnego ze zwojem, przerwanych przez operacyę). Zmiany w rogówce nabierają też o tyle większego znaczenia, że wobec utraty czucia chory nie zwraca wczas na nie uwagi. *A.*

Wertheim. **Przypadek uszkodzenia nerwu podjęzykowego.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1908, Nr 52). Uszkodzenia nerwu podjęzykowego należą do rzadkości. W przypadku autora powstało takie uszkodzenie po pchnięciu nożem w szyję w okolicę wielkiego rogu kości gnykowej po stronie lewej. Raniony był bardzo osłabiony utratą krwi, przystąpiono też zaraz bez uśpienia do operacyi i podwiązano przeciętą tętnicę i żyłę językową. Chory przyszedł rychło do siebie; wkrótce jednakże zaczęły występować objawy, świadczące o uszkodzeniu nerwu podjęzykowego. Mowa stała się niewyraźną i nosową, ruchy języka utrudnione, lewa połowa tegoż bledsza i cieńsza, przy wyciąganiu zbaczał język na lewo, po stronie lewej brak odczynu na prąd faradyczny, czyli obraz niedowładu nerwu językowego, pochodzący od niezupełnego przecięcia tego nerwu. Objawy zwolna zaczęły ustępować, tak że W. w tym przypadku rokuje dobrze. Nerw podjęzykowy zasila swemi włóknami ruchowemi wszystkie mięśnie języka, a nadto mięsień bródkowo-gnykowy (wyciąganie języka) i mięsień tarczowo-gnykowy (kurczenie i cofanie języka w tył). *K.*

Schäfer. **O żebrach szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 51). Nieprawidłowość ta nie jest tak rzadka, jakby się wydawać mogło. Rozpoznanie, — nietrudne, jeśli się tylko o tej możliwości pamięta, — potwierdzone być może dzisiaj promieniami Roentgena. Najczęściej w tych razach bywają rozpoznawane gruźliczo powiększone gruczoły, lub — z powodu stłumienia — sprawa gruźlicza w szczycie płuca. *Dr M. Godlewski.*

Lotsch. **Dwa przypadki szwu płuca z powodu ciężkiego krwotoku.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). L. na podstawie 2 szczęśliwie operowanych przez siebie przypadków zranień płuca (nożem i kulą) zachęca do częstszych prób ratowania chorych zapomocą szwu płuc. Dotąd opisano 15 takich przypadków. Operować należy, gdy krwotok do opłucnej jest bardzo silny i po pierwszem nakłuciu nie ustępuje. Przy postępowaniu wyczekującem osiąga się najwyżej 60% wyleczeń. Do płuca dojść można z cięcia międzyżebrowego lub, co lepiej, po wycięciu kawałka 1—2 żeber (przez co o wiele lepiej zeszyć można potem ranę, zwłaszcza opłucnę). Ranę w płucu zwykle łatwo znaleść. Operować można i bez różnicy ciśnienia, bo płuco i tak jest już uciśnięte. Ranę należy zaszyć zupełnie i założyć celem uszczelnienia opatrunek napojony jałową oliwą. Jak dotąd, wikłają te operacye jeszcze często zakażenia, co jednak nie powinno odstraszać od dalszych prób. *Kl.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ewald: **Nerwice urazowe i ustawodawstwo dotyczące urazów** (*Beihef. z. Med. Klinik* z. 12. 1908). Niniejsza broszura E. jest bardzo i u nas na czasie, ze względu na mające wejść w życie ogólne ubezpieczenie. E. omawia w niej stosunek i wpływ ustawodawstwa na rozwój i przebieg nerwic urazowych. Statystyka stanowczo dowodzi, że ubezpieczenie robotników wpłynęło pod tym względem ujemnie na moralny stan szerokich warstw i że w ostatnich czasach powiększyła się bardzo liczba robotników nerwowych, pozbawionych energii do pracy, a nadzieja otrzymania renty stała się u wielu myślą przewodnią. Także i ubezpieczenie na starość nakłania wielu do starania się o rentę, gdyż rzadko który robotnik może doczekać się wieku, w którym prawnie należy mu się zaopatrzenie. I przed wprowadzeniem ubezpieczenia w Niemczech istniały już nerwice urazowe, obecnie są one jednak częstsze i przebieg oraz rokowanie ich są znacznie gorsze. Starano się tym złym skutkom ubezpieczenia zapobiegać różnie. Bezwarunkowo pochwalić należy usiłowania, dążące do skrócenia całego postępowania prawnego, dalej do objęcia wczesnego leczenia chorych przez towarzystwa ubezpieczeń, oddawanie chorych do zakładów, gdzie z musu oddawać się muszą pracy, wprowadzenie kosztów postępowania, które ponosi skarżący, jeżeli pretensya jego nie jest słuszną. Wielce ujemnie na stan psychiczny uszkodzonych wpływają też liczne następowe badania, mające na celu uszczuplanie renty w razie poprawy stanu.

Jednorazowa odprawa jest znowu często krzywdząca, więc temu zapobiedz nie może. Przy ocenie udawania trzeba przy nerwicach urazowych postępować bardzo ostrożnie i lepiej w przypadkach wątpliwych stanąć po stronie uszkodzonego, gdyż często odprawa dopiero wywołuje znaczne pogorszenie. Obciążenie dziedziczne wywiera przy nerwicach urazowych także bardzo widoczny wpływ ujemny. Przy wydawaniu orzeczeń nie należy nigdy podawać ich w całości do wiadomości uszkodzonym, (gdyż potem doszukują się oni u siebie objawów, o których znawca wspomniał, że ich nie mają), lecz jedynie obznajomić ich z ogólnym wynikiem badania. Zmniejszanie renty nie powinno się odbywać w krótkich odstępach czasu, ale w długich, a przez ten czas chory powinien być leczony w zakładzie, gdzie między innymi jako środek leczniczy używa się pracy, odpowiedniej w danej chwili do zdolności zarobkowania osobnika. Sprawy te powinny odpowiednie czynniki dokładnie rozpatrzeć, aby zamiast dobrodziejstwa nie narazić społeczeństwa na wielką klęskę. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 13 stycznia, 1909.

Przewodniczący: prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków: 38.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa Prof. Gluzińskiego ze Lwowa.

3) W miejsce kol. Bochenka, który zrezygnował z godności sekretarza stałego, wybrano jednomyślnie kol. Damskiego sekretarzem stałym na trzy lata.

4) Skarbnik kol. Dobrowolski składa sprawozdanie za rok 1908, które przyjęto.

5) Sekretarz stały kol. Zygmunt Wachtel zdaje sprawę z całorocznego ruchu w Towarzystwie lek. krak. w słowach następujących:

»Krakowskie Towarzystwo lekarskie liczyło z końcem roku 1907 członków zwyczajnych 177, czł. korespondentów 52, członków honorowych 16. Przybyło w ciągu roku członków zwyczajnych 4, zmarło 2, pozostaje zatem członków zwyczajnych 178. Członkiem honorowym zamianowało Tow. prof. Juliana Kosińskiego w uznaniu jego niepomiernych zasług około nauki polskiej. Członkiem korespondentem zamianowany został Dr Gundrum z Zagrzebia. Ciężką stratę poniosło Tow. przez śmierć dwóch kolegów: bł. p. Kirschnera i ś. p. Doc. Lembergera.

Posiedzeń odbyło Tow. 24, z tych dwa administracyjne, jedno uroczyste. Zebrań koleżeńskich odbyło się 7, prócz tego

kilka wieczorów towarzyskich. Średnia liczba członków na posiedzenia uczęszczających dochodziła 34. Na posiedzeniach naukowych odbyło się 24 wykładów i 45 demonstracyi.

Ze spraw przez dawny Wydział, nowemu przekazanych, pierwsza, dotycząca przyjmowania lekarzy wojskowych do Towarzystwa bez balotowania, przesłaną została do namiestnictwa, gdyż komenda wojskowa żądała wyraźnej zmiany odpowiedniego paragrafu statutu i uwidocznienia zmodyfikowanego paragrafu w statucie nowym.

Sprawa druga, pomieszczenia w Domu Towarzystwa podobizn wszystkich dotychczasowych prezesów Towarzystwa, po wielkich trudach i mozołach dochodzi teraz do skutku. Kol. prezesowi Borzęckiemu powiodło się nareszcie wydostać wszystkie fotografie i sprawa będzie załatwioną przez odsłonięcie podobizn w dniu dzisiejszym. Z końcem roku 1907 wniosło Towarzystwo memoryał do namiestnictwa w sprawie państwowej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W odpowiedzi przesłało namiestnictwo pismo, powiadamiające, że w lutym został wypracowany projekt takiej ustawy przez ministerstwo spraw wewnętrznych i że, o ile namiestnictwu wiadomo, projektowana jest ustawa w tak ogólnych zarysach, iż wszystkie szczegóły i odrębne stosunki poszczególnych krajów będą mogły być uwzględnione w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy.

W marcu odbyło się uroczyste posiedzenie, na którem po przemówieniu kol. Borzęckiego rektor prof. Jakubowski przedstawił z własnych wspomnień dzieje założenia Towarzystwa, poczem odsłonił portret olejny założyciela Tow. Dra Al. Kremera. Imieniem rodziny dra Kremera przemówił Prof. Domański, życząc Towarzystwu dalszego pomyślnego rozwoju.

Na temże posiedzeniu uchwalono na wniosek kol. Ciechanowskiego wezwać zarząd Towarzystwa do zwołania organizacyjnego posiedzenia zachodnio-galicyjskiego komitetu badania i zwalczania raka. Zgromadzenie takie zostało przez prezesa zwołane i ukonstytuowało się, kooptując większą ilość lekarzy zachodnio-galicyjskich, a wybierając przewodniczącym komitetu prof. Browicza. Sprawa zwalczania gruźlicy, stojąca odłogiem u nas, posunięta została naprzód. Na jednem z posiedzeń na wniosek Prof. Kostaneckiego wybrano komisyę Tow. lek. krak. dla rozpatrzenia sprawy, poruszonej przez kol. Janiszewskiego w odczycie o opiece nad chorymi gruźliczymi. Celem tej komisyi było zmienić dotychczasowy statut lwowskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego tak, by położono nacisk na koła miejscowe, co pociąga za sobą korzystną decentralizacyę. Definitywne załatwienie sprawy polecono osobnemu komitetowi, którego delegaci po naradach z radcą dworu dr. Merunowiczem ułożyli pewne zmiany statutu lwowskiego Tow. walki z gruźlicą i uznali za najstosowniejsze wstąpić do tego Towarzystwa, jako oddział zachodnio-galicyjski; oddział ten w najbliższym czasie stanie się czynnym.

Sprawa zmiany statutu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, proponowana przez Towarzystwo lekarskie lwowskie, była traktowana na szeregu posiedzeń komitetu Tow. Brał w nich udział także prezes Towarzystw galicyjskich, Radca dworu dr Merunowicz; wynikiem tych posiedzeń była konferencya wspólna delegatów Towarzystw galicyjskich i Towarzystwa lek. lwowskiego z jednej strony, a Towarzystwa lek. krak. z drugiej strony. Stan rzeczy i wynik tych konferencyi przedstawią Szanownemu Zgromadzeniu uproszeni referenci z grona delegatów.

Akcya Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zmierzająca do naprawy stosunków szpitalnictwa krajowego, odniosła pewien skutek, czego dowodem jest żywsze zajęcie się tą sprawą szerszych kół sejmowych, dziennikarstwa i społeczeństwa. Na memoryał, wniesiony przez Towarzystwo w tej sprawie, Wydział krajowy odpowiedział przychylnie«.

Sprawozdanie przyjęto.

6) Towarzystwo uchwaliło wyrazić uznanie »Towarzystwu Domu zdrowia uczącej się młodzieży« w Zakopanem za dotychczasową działalność.

7) Administrator »Przeglądu lekarskiego« kol. Wojciechowski zdaje sprawę ze swej czynności. Sprawozdanie przyjęto. Kol. prezes imieniem Towarzystwa dziękuje kol. Wojciechowskiemu za jego wydatną działalność.

8) Kol. Ciechanowski zdaje sprawę z administracyi »Słownika lek.«. Przyjęto.

9) Kol. Cercha imieniem komisyi kontrolującej zaznacza, że wszystkie rachunki znalazła komisya w największym porządku.

10) Kol. Kwaśnicki imieniem komisyi bojkotowej (»Komitetu dla popierania krajowego przemysłu lekarskiego«) odczytuje sprawozdanie z działalności tej komisyi, które zostało wydrukowane już w poprzednim numerze »Przegl. lek.«. Przyjęto i podziękowano oklaskami, a kol. Prezes w serdecznych słowach złożył komisyi podziękowanie za energiczną pracę.

11) Sprawozdanie z komisyi przemysłowo-lekarskiej w nieobecności jej członków odczytał kol. Morawski.

»Komisya przemysłowo-lekarska krak. Towarzystwa lekarskiego po przerwie w r. 1907 z powodu wyjazdu przewodniczącego Prof. Dra L. Korczyńskiego zaczęła w r. 1908 funkcyonować pod przewodnictwem nowo obranego przewodniczącego Dra G. Bielańskiego. W r. 1908 odbyto w dniu 26/VI posiedzenie komisyi. Przewodniczący Dr Bielański poświęcił parę słów ś. p. Doc. Lembergerowi. Przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia. Uchwalono kooptować do komisyi aptekarzy pp. Mikuckiego i chemika p. Hetpera. Wydelegowano komisyę złożoną z Dra Biera i Korolewicza celem przeprowadzenia kontroli w mleczarni p. Dobrzyńskiej. Przewodniczący odczytał pismo Dra H. Piltzera z Tarnowa, w którem tenże zwraca się do komisyi o poparcie wyrobu krajowego »wełny drzewnej« do wypychania sienników, fabryki tarnowskiej Izaaka Spiry. Uchwalono zwrócić się do firmy, aby w celu wypróbowania trwałości tej wełny nadesłała odpowiednią ilość do kliniki lekarskiej. Dr Korolewicz zawiadomił, iż Towarzystwo lek. krak. na posiedzeniu w dniu 10 marca 1908 uchwaliło uznać Syrup thymosulfo-gwajakolowy wyrobu aptekarza Armatysa jako lek polecenia godny. Uchwalono wydać odezwę do producentów, aby we własnym interesie zwracali się z wszelkimi nowymi przetworami po aprobatę do komisyi z tą uwagą, że jedynie takie przetwory, które komisya poleci, mogą liczyć na poparcie ogółu lekarzy. Uchwalono taką odezwę przesłać również do »Centralnego Związku fabrycznego«.

Sprawozdanie przyjęto.

12) Sprawozdanie z czynności bibliotekarza dra Flisa w nieobecności tegoż odczytał kol. Prezes:

»W r. b. w dalszym ciągu trwało inwentowanie biblioteki. Doprowadzono do końca przepisywanie inwentarza dzieł, starym katalogiem objętych. Pozostaje do wpisania w inwentarz to wszystko, co w roku bieżącym i poprzednim wpłynęło. W roku 1908 drogą daru przybyły dzieła od Dra Mączki i od Uniw. ludowego, oraz od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«. Zakupiono z funduszu, na cele biblioteki wyasygnowanego, 6 roczników »Therapie der Gegenwart« Klemperera. Z biblioteki korzystało 22 członków, wypożyczających dzieła do domu, nadto wielu kolegów (ostatnich za drobną, regulaminem ustanowioną opłatą), którzy w lokalu Towarzystwa ze zbiorów korzystali«. Sprawozdanie przyjęto.

13) Kol. Kostanecki, jako przewodniczący komisyi przeciwgruźliczej, zdaje sprawę z jej czynności. Sprawozdanie przyjęto.

14) Kol. Kostanecki, jako pierwszy z uproszonych referentów dla sprawy układów, toczących się co do zmian projektowanych w statucie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a dotyczących stosunku Towarzystwa lek. krak. do Towarzystwa lek. galic. przedstawia w wyczerpującym wywodzie dotychczasowy przebieg tej sprawy.

Kol. Ciechanowski, jako drugi z uproszonych referentów, uzupełnia wywody poprzedniego referenta wyjaśnieniami, odnoszącemi się do sprawy »Przeglądu lekarskiego« i proponowanych w przyszłości zmian. Prof. Nowak popiera myśli poprzednich mowców. Prof. Kostanecki wnosi, aby komisyę w tej sprawie tworzył stały komitet Towarzystwa, prócz tego koledzy Borzęcki, Landau, Surzycki. Uchwalono.

15) Kol. Kwaśnicki wyraża ustępującemu prezesowi uznanie i podziękowanie, co przyjęto gorącymi oklaskami.

Sekretarz: *Dr. Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie naukowe w d. 22 stycznia 1909.

I. Dr Nowicki przedstawia *a)* **pęknięcie wątroby noworodka.** Po omówieniu zmian anatomicznych, jakie towarzyszą takiemu pęknięciu, oraz rodzajów pęknięć, wylicza N. przyczyny i uspasabiające do pęknięcia warunki, szczególnie u noworodków. Na podstawie doświadczeń, wykonanych na zwłokach płodów donoszonych oraz noworodków, dochodzi N. do wniosku, że wątroba pęka najłatwiej przy silnem szarpnięciu za pępowinę w kierunku pionowym do osi ciała. Co do przypadku przedstawionego, to sądzi, że w czasie, zupełnie zresztą prawidłowego porodu powstało pęknięcie podtorebkowe i wytworzenie się rozległego krwiaka pod torebką, która następowo (po 24 godz.) przy braniu dziecka do rąk pękła, przez co powstał śmier-

telny krwotok do jamy brzusznej. Histologicznie wątroba zmian nie okazuje. W dyskusyi przemawiali: Dr Kwiatkiewicz, prof. Herman i prelegent; *b)* Dr N. przedstawia preparat **nowotworu mózgu** o wejrzeniu makroskopowem, podobnem do wejrzenia trzustki, a o utkaniu **naczyniakomięsaka** ze zmianami szklistemi w ścianach naczyń. Nowotwór wychodzi z wyściółki komory bocznej lewej. — W dyskusyi omawia dr Mazurkiewicz przebieg kliniczny, w którym uderzał brak drgawek mimo zajęcia ośrodków ruchowych, nadto wyjaśnia w odpowiedzi prym. Pisekowi, dlaczego wyłączył w przypadku tym kilaka.

II. Prof. Barącz: **O leczeniu promienicy** z przedstawieniem szeregu chorych. B. omawia sposoby leczenia dotąd znane, a wypróbowane przez siebie, przyczem za najlepszy uważa wstrzykiwanie 1% rozczynu siarkanu miedzi w ogniska promienicze. Na dowód przedstawia chorych, zupełnie wyleczonych przy stosowaniu tego środka. W dyskusyi przemawiał Dr Stauber.

Nowicki.

Posiedzenie lekarzy przemyskich

dnia 22 stycznia 1909 r.

I. Odczytano odpowiedź zarządu zarejestrowanej Kasy zapomogowej dla chorych w Przemyślu, zgadzającego się na wniosek Tow. lek. przem. co do zmiany § 6 statutu tej Kasy, aby osoby, nie podlegające przymusowemu obowiązkowi ubezpieczenia, przyjmowane były do ubezpieczenia tylko do 35. roku życia włącznie, a nie, jak to było dotychczas, do 60. roku życia.

II. Odczytano odpowiedź Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, która radzi, aby w zarejestrowanej Kasie zapomogowej w Przemyślu leczyli lekarze członków tej Kasy za wynagrodzeniem od poszczególnych czynności, nie niższem od minimalnych taks miejscowych.

III. Przewodniczący skreślił w krótkości działalność Towarzystwa w roku 1908, nadmieniając, że Towarzystwo uchwaliło taryfę lekarską, zatwierdzoną przez Izbę lekarską, zaznaczyło swoje stanowisko wobec kas chorych w Przemyślu, odbyło 8 posiedzeń naukowych, które zawdzięcza przeważnie kolegom szpitalnym. Dziękując tym kolegom za ich znakomite współpracownictwo dla celów Towarzystwa, wspomina przewodniczący o wybitnej działalności pod tym względem kol. Prof. Hermana, który przesiedlił się do Lwowa — i wyraża nadzieję, że jego następca, kol. Ślęk, jako dyrektor szpitalu powszechnego w Przemyślu, równie czynnie będzie popierał cele Towarzystwa.

IV. Wyboru wydziału dokonano jednomyślnie w tym samym składzie, co w roku 1908, — t. j. wybrano przewodniczącym kol. M. Kramarzyńskiego, jego zastępcą kol. M. Dolińskiego, a sekretarzem kol. J. Süssweina.

V. W sprawie przystąpienia do Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. krakowskiego — uchwalono odnieść się do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich we Lwowie z prośbą o rychłe zawiadomienie o ostatecznym wyniku starań, podjętych w kierunku skupienia obu wspomnianych Towarzystw.

VI. Wreszcie z powodu zbliżających się wyborów do Rady miejskiej w Przemyślu uchwalono, aby przewodniczący zredagował artykuł do miejscowych 4 czasopism, mający na celu zwrócenie uwagi wyborców na konieczność zasiadania lekarzy w Radzie miejskiej w Przemyślu. *Dr. M. Kramarzyński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. listopada 1908 r.

Otto wygłosił rzecz p. t. **Stosunek miażdżycy doświadczalnej do miażdżycy ludzkiej.** Prace nad miażdżycą u zwierząt dzieli prelegent na 3 grupy, w zależności od czynnika, który wywoływał zmianę w naczyniach. Do pierwszej grupy zalicza on prace, gdzie było działanie trucizn organicznych i mineralnych; do 2-giej — gdzie był wpływ trucizn pochodzenia bakteryjnego, do 3-ciej wreszcie, gdzie stosowano jedynie bodźce mechaniczne. Prace powyższe wykazują, że zmiany najwięcej zbliżone do miażdżycy ludzkiej otrzymywali Sałtykow i Klotz przy stosowaniu zabitych hodowli drobnoustrojów, a następnie Klotz i Israel przy bodźcach mechanicznych. Zmiany przy adrenalinie zaledwie zrzadka wykazywały pewne podobieństwa do miażdżycy ludzkiej. Własne doświadczenia prelegenta polegały na stosowaniu u 16 królików adrenaliny, u 4 królików — digalenu, u 4 — strofantyny, u 4 — adonidyny i u 4 psów — adrenaliny. Makroskopowe zmiany otrzymał prelegent u wszystkich zwierząt; przeważała postać wypukleń — w łuku i piersiowej części aorty; kilka razy znaleziono rzeczywiste tętniaki. Zmiany mikroskopowe polegały na martwicy włókien mięsnych w warstwie środkowej, następnie na stopniowem wyprostowywaniu i rozszczepianiu się włókien sprężystych około zmartwiałych włókien mięsnych. W błonie wewnętrznej nad guziczkami martwiczymi i na zwapniałych blaszkach, znajdowano włókna mięsne mocno zgrubiałe. Na obwodzie guziczka i blaszki była błona wewnętrzna zaledwie trochę zgrubiała w stosunku do stanu prawidłowego w początkowym okresie doświadczeń; w późniejszych okresach grubość błony wewnętrznej w tych miejscach dochodziła do $1/4$ lub nawet do $1/3$ grubości błony środkowej. Największe zgrubienie spostrzegano w błonie wewnętrznej około tętniaków; tutaj w najgłębszych warstwach błony wewnętrznej znaleziono szkliste zwyrodnienie. Błona sprężysta wewnętrzna pod nieznacznie zgrubiałą błoną wewnętrzną zmian wyraźnych nie okazywała, pod mocno zgrubiałą — była znacznie wyprostowana i rozszczepiona na drobniejsze włókienka elastyczne. W warstwie zewnętrznej (*adventitia)* przeważnie zmian nie spostrzegano, chociaż kilkakrotnie u psów po adrenalinie widziano w naczyniach odżywczych zakrzepy z następną ich organizacyą. Zestawiając otrzymane doświadczalnie zmiany miażdżycowe u zwierząt z miażdżycą u ludzi, prelegent dochodzi do wniosku, że miażdżyca doświadczalna odpowiada całkowicie początkowemu okresowi zwolna rozwijającej się miażdżycy ludzkiej.

Posiedzenie kliniczne dnia 1 grudnia 1908.

Maliniak przedstawił dorosłego chorego na **pląsawicę Sydenhama**. Chory ma lat 43; ruchy pląsawicze w kończynach górnych i dolnych wystąpiły nagle przed 3 miesięcami. W mięśniach twarzy, języka i szczęk szybkie skurcze. Ruchy dowolne i zwrócenie uwagi na chorego potęgują ruchy pląsawicze; mowa utrudniona, niewyraźna. W sferze czuciowej i odruchowej zmian nie znaleziono. Chory miewał silne bole w dołku; badanie treści żołądkowej wykazało nieznaczne wzmożenie kwaśności. Płukanie żołądka, dyeta mleczna i mieszanina karlsbadzka usunęły te dolegliwości.

2) Mieczysław Halpern wypowiedział rzecz p. t.: **O wpływie soku żołądkowego na sprawy gnicia w kiszkach.**

Doświadczenia »in vitro« dowodzą, że kwas solny w tem zgęszczeniu, w jakiem go znajdujemy w soku żołądkowym, ma własności bakteryobójcze. Taki sam wynik dały badania bakteryologiczne treści żołądkowej »in vivo«. Tego rodzaju badania nie rozstrzygają jednak pytania, co się dzieje z bakteryami poza żołądkiem, t. j. w kiszkach i jaki jest ich wpływ na natężenie sprawy gnicia w kiszkach. Dla wyświetlenia tej sprawy, większość badaczy uciekała się do określenia ilości wydalanych produktów gnicia, zwłaszcza eterosiarczanów w moczu. Metoda ta jednakże łączy się z poważnymi błędami. Można do pewnego stopnia sądzić o gniciu w kiszkach z ilości wydalanych produktów gnicia tylko przy zachowaniu pewnych ostrożności, a mianowicie: jeżeli badanie obejmuje dość długie okresy przy zastosowaniu stałej dyety, jeżeli określenie dotyczy produktów gnicia nie tylko w moczu, ale i w kale, jeżeli wchłanianie w kiszkach i dalsza przemiana produktów gnicia w ustroju odbywa się prawidłowo. Własne badania prelegenta, przeprowadzone na 3 zupełnie zdrowych osobach, wykazały, że zarówno podawanie kwasu solnego, jak i dwuwęglanu sodowego, nie wpływa zupełnie na ilość eterosiarczanów w moczu. Wynik taki odpowiada w zupełności badaniom na zwierzętach. Wobec tego H. formułuje swój pogląd na omawianą sprawę w sposób następujący:

Obecność lub brak kwasu solnego w żołądku rsp. jego nadmiar lub niedostatek u człowieka zdrowego nie wpływają zazwyczaj na przebieg spraw gnicia w kiszkach. Dzieje się to prawdopodobnie dzięki temu, że własności bakteryobójcze jelita cienkiego zupełnie wystarczają w warunkach prawidłowych do utrzymania gnicia na pewnej średniej prawidłowej wysokości. Dopiero w pewnych przypadkach patologicznych, polegających bądź na wprowadzeniu do przewodu pokarmowego nadmiernych ilości bakteryi gnilnych (np. przy spożywaniu zgniłego mięsa), bądź na jakichś bliżej nam nieznanych zaburzeniach siły bakteryobójczej treści kiszkowej (może w związku poniekąd z antagonizmem, istniejącym pomiędzy drobnoustrojami fermentacyjnymi a gnilnymi) — wpływ kwasu solnego może się okazać skutecznym; jego nadmiar będzie wtedy istotnie hamować sprawy gnicia, brak zaś lub niedostatek — będą sprzyjały ich rozwojowi.

W dyskusyi zwraca Anastazy Landau uwagę, iż eterosiarczanów w moczu nie można uważać za miernik gnicia biał-

kowego w kiszkach. Przedewszystkiem znaczna część powstałych stąd produktów zupełnie się nie wchłania, lecz wydziela się z kałem. Dalej nie wszystkie produkty gnicia kiszkowego wydzielają się jako eterosiarczany. Wiadomo bowiem, iż fenol, indoksyl i t. p. wydzielają się nietylko w połączeniu z kwasem siarkowym, lecz i glukuronowym; z drugiej strony — oksykwasy opuszczają ustrój w postaci soli, wreszcie kwas będźwinowy wydziela się w postaci kwasu hipurowego. O całokształcie gnicia białka w przewodzie pokarmowym może nam dać pojęcie jedynie suma wszystkich produktów gnicia zarówno w kale, jak i w moczu, zaś eterosiarczany, jako cząstka cząstki, dokładnym w tej mierze sprawdzianem być nie mogą. Grundzach pyta, czy prelegent badał odczyn kału, bo często przy zaburzeniach trawienia kiszkowego na tle upośledzonego lub zmienionego wydzielania soku żołądkowego spostrzegał odczyn zasadowy. Prelegent odpowiada, że odczynu kału nie badał. *I. Ł.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z okazyi zamierzonej reformy Kas chorych zamieszcza ciekawe uwagi »Aerztliche Reform-Zeitung« w Nrze 1 z b. r. Domaga się przedewszystkiem zmiany ustawy o zarejestrowanych Kasach chorych, albo takiego tłómaczenia ustawy obecnej o tych Kasach, iżby wyraźnie Kasom zarejestrowanym wzbroniono każdego bez żadnego ograniczenia zaopatrywać w bezpłatną pomoc lekarską, gdyż w przeciwnym razie wszelkie korzyści, mogące wyniknąć dla lekarzy ze zmiany ustawy o Kasach chorych, stracą wszelką wartość. Dzisiaj może każdy, kto ma ochotę, czy jest milionerem, właścicielem dóbr, fabrykantem lub wysokim urzędnikiem, założyć zarejestrowaną Kasę zapomogową, albo wpisać się do jakiejś już istniejącej i mieć bezpłatną pomoc lekarską u lekarzy, czy to płatnych stale, czy też wynagradzanych inną tanią metodą. Trybunał administracyjny, znosząc uchwałę Izb lek., wzbraniającą lekarzom przyjmowania posad w zarejestrowanych Kasach, stanął w obronie zamożnych i bogaczy przeciw lekarzom, walczącym o byt. A partya robotnicza godzi się na ten bezprzykładny wyzysk, udając, że jest wogóle za upaństwowieniem pomocy lekarskiej. Ale kiedy ktoś przemawia za upaństwowieniem Kas chorych, a chociażby tylko za udzieleniem państwu jakiegokolwiek wpływu na Kasy chorych, to wtedy krzyczą: »crimen laesae.... autonomiae«. Żądają nieograniczonej autonomii w zarządzaniu Kasami chorych, a więc w wyzyskiwaniu lekarzy. Partya robotnicza, ile razy stawia żądania, to jednym tchem domaga się dla siebie komisyi umów, prawa koalicyi, prawa stanowienia o sobie, wpływu na wysokość zarobku i t. d. i t. d., ale w walce o reformę Kas chorych odmawia tego samego prawa lekarzom. *B.*

W Radzie pracy w ministerstwie handlu uczynili socyaliści wniosek, żeby rząd oddał tejże Radzie do oceny przedłożenie rządowe w sprawie ubezpieczeczenia społecznego. Żądanie to jest niesłuszne i rząd nie powinien oddawać projektu, przydzielonego już komisyi parlamentarnej, do oceny jakiejkolwiek korporacyi pozaparlamentarnej. Rada pracy uchwaliła powiększyć komisyę, która była powołana do narad nad projektem Koerberowskim, o dalszych 3—4 członków socyalno-demokratycznych. Rząd na projekt ten tembardziej nie może się chyba zgodzić, że kiedy prezydyum Związku państwowego austr. organizacyi lek. z okazyi spodziewanego dopiero przedłożenia rządowego prosiło o zwołanie ankiety z udziałem lekarzy, to wtedy prezydent ministrów Beck, oraz minister spraw wewnętrznych Bienerth oświadczyli deputacyi lekarskiej, że zwołanie ankiety w tym okresie sprawy jest niedopuszczalne. Nie można więc przypuścić, iżby rząd w jeszcze późniejszym okresie tejże sprawy tylko dla miłej zgody z pewną partyą polityczną zgodził się na żądanie, któremu w okresie znacznie wcześniejszym odmówił, kiedy je postawił stan lekarski austryacki. Gdyby się to stało, a szczególniej, gdy jeszcze i lekarzy z tej okazyi nie przesłuchano, nie przypuszczając ich do udziału w naradach, obudzonoby słuszne oburzenie i obronę wszystkich zorganizowanych lekarzy. W Austryi jest wiele rzeczy możliwych, lecz to zdaje się niemożliwem nawet w państwie nieprawdopodobieństw. *E. S.*

Sprawę udaremnienia ostrzeżenia Izby lekarskiej zach.-gal. porusza raz jeszcze »Głos lekarzy« (Nr 3), piętnując »namiętne i nieuzasadnione napaści na Wydział Izby lek. krakowskiej«, które z powodu sprawy tej pomieścił »Głos Narodu« i dodając następującą uwagę: »Jednak polemika »Głosu Narodu« powinna być nadal dla kolegów wskazówką, jak niebezpiecznem jest ogłaszanie publicznej krytyki o działalności Izb, gdyż w każdym razie tendencyjne wyzyskanie zarzutów przez prasę partyjną obniża powagę naszej reprezentacyi w opinii publicznej. Dlatego na przyszłość będziemy więcej oględnymi w pomieszczaniu podobnych głosów i z góry prosimy kolegów o wyrozumiałość w tym względzie«. *K*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierót po lekarzach. Wydział związku lekarskiego dziękuje wszystkim tym Kolegom, którzy do powiększenia wspomnianego funduszu się przyczynili bądźto przez zakupno rozesłanych z okazyi Nowego roku 1909 znaczków receptowych, bądź to przez przesłanie daru noworocznego, i uprasza Kolegów o dalsze na ten cel ofiary, które przesyłać należy albo zapomocą przesłanych Kolegom czeków pocztowych, albo w razie zagubienia ich — zapomocą przekazu pieniężnego pod adresem: »Administracya znaczków receptowych — Kraków, ulica Floryańska, L. 22, II piętro«. Wydział nie wątpi, że Koledzy — chociaż małemi wkładkami, ale solidarnie do pomnożenia wspomnianego funduszu się przyczynią, a tem samem przyspieszą chwilę, w której z odsetek funduszu będzie można udzielać zapomóg najbardziej potrzebującym, osieroconym rodzinom po kolegach.

W tym numerze i następnych, w miarę, jak nam Szanowna Redakcya użyczy gościnności w swem piśmie — podawać będziemy imiennie nazwiska ofiarodawców i przesłane przez nich kwoty.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

Na fundusz powyższy nadesłali: R. Dw. Prof. Wicherkiewicz (jak corocznie) 100 koron, Dr Kleczkowski 25 kor., Dr Borysiewicz 15 kor. — Po 10 koron: prof. Dr Krzyształowicz, Dr. Katyński, Prof. Dr. Biernacki, Dr Piotr Kucharski, Bętkowski, prof. Dr Pieniążek. Po 6 koron: Dr Bernacki, Kowenicki, Krasowski. — Po 5 koron: Dr Stella-Sawicki, Buzdygan, Mazanek, Skórkowski, Slosarczyk, Pilewski, Rudnicki, Gilnreiner, Stoeckel, Macudziński, Zborowski, Teofil Nieć, Jasinicka, Lichtgarn, Kołaczkowski, Mossor. — Po 4 korony: Dr Gogólski, Grzybowski (4 K 44 h), Weinsberg, Rosenblatt, Senensieb, Dura, Schneck, Fleszar, Lilien, prof. Ciechanowski, Brzeziński, prof. Żuławski, prof. Grabowski, Dr Czerwiński, K. Zaleski, Orski, S. Kruszyński, Sałaban, St. Steiner, Schindler, T. Jaciow, Maszewski, G. Malinowski, r. ces. Dr Blumenthal, Sochański, Dziewoński, Kwaśnicki, Cymbler, M. Jaciow, Czerkawski, A. Hochstimm, Żukowski, Breiter. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. I. do 30. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 5), Buczacz (Krasiejów 3), Gródek jag. (Bratkowice 1), Husiatyn (Klowińce 1), Jarosław (Ostrów 3), Kołomyja (Słobódka polna 11, Chomiakówka 1, Siemakowce 14), Kosów (Chomczyn 2), Peczeniżyn (Kosmacz 2, Myszyn 4), Rawa (Biała 1, Magierów 2), Skałat (Hlebów 4, Dubkowce 1), Sokal (Wolica kom. 5), Stryj (Orawczyk 1), Zborów (Daniłowce 2, Jezierna 1, Tuligłowy 1); ospy pow. Brody Popowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. I. do 30. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 17 † 3 (— † 1), odry 1 † —, duru osutkowego 1, duru brzusznego 3 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. I. do 30. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 2), płonicy 5 (1), odry 1 † 1, duru brzusznego — † 1 (— † 1), gorączki połogowej 5). *Dr Sch.*

Statystyka na wystawie higienicznej w Lublinie.

Pod tym tytułem ogłasza p. H. W. w »Ekonomiście«, poważnym kwartalniku, wychodzącym w Warszawie pod redakcyą p. Stefana Dziewulskiego, zestawienie prac statystycznych, przedstawionych na wystawie higienicznej w Lublinie (12. IX.

do 9. X. 1908). Autor zestawienia zaznacza, że »pozostawiając ocenę prac tych specyalistom, pragnie jedynie zaregestrować przedstawione prace, już to, ażeby interesujący się odnośnemi kwestyami wiedzieli, co i gdzie zrobiono, już to, ażeby ułatwić im znalezienie odnośnych materyałów w razie potrzeby«.

Praca pana H. W. zasługuje na tem większe uznanie, że na wystawach takich, jak lubelska, niełatwo jest zazwyczaj razem zebrać wyniki, nieraz bardzo cenne, badań statystycznych i że materyał ten, owoc żmudnych usiłowań, po wystawie najczęściej rozprasza się, nie dochodząc do wiadomości szerszego ogółu, a nieraz ginąc niepowrotnie. Ponieważ zebrane na wystawie lubelskiej dane odnoszą się przeważnie do spraw higieniczno-sanitarnych, przeto godzi się dla użytku czytelników lekarskich przytoczyć według »Ekonomisty« (Tom. II. Zesz. IV.) ważniejsze przynajmniej szczegóły artykułu p. H. W.

P. Andrzejaczek, kierownik laboratoryum miejskiego w Lublinie, na 3 przedstawionych tablicach zestawił rezultaty *rozbiorów wody z wodociągów lubelskich*, na czwartej wykaz zafałszowań produktów spożywczych, a na piątej przypadki otrucia lub usiłowania otrucia w gubernii w ciągu 3 lat ostatnich. Najpospolitszą trucizną, wykrywaną w danych przypadkach, okazał się *arszenik*.

Dr Dłuski *grafikę przybywających corocznie do Zakopanego gości* przedstawił na słupkach, gdzie wysokość słupka przedstawia liczbę wszystkich mieszkańców Zakopanego, a oddzielne kolory na słupkach oznaczają bądź ludność miejscową, bądź przyjezdnych z różnych dzielnic Polski.

Dr Duchowicz *pokazał stosunki higieniczne w szkołach średnich* w Tarnopolu, a wespół z p. Antonim Wołk-Łaniewskim *jakość i ilość powietrza w szkołach średnich Galicyi*.

P. Jan Fedecki, lekarz weterynaryi, dał szczegółowy obraz *rozwoju i dostrzeżonych przypadków włośnicy (trichinosis) w gub. Kaliskiej* z lat 10 (1897—1906). Zestawienie graficzne powiatami i latami wykazuje 0,24—0,25% sztuk chorych (na 359.226 sztuk zbadanych), przyczem najczęstsze przypadki zarazy okazują się w powiecie Kaliskim, najrzadsze zaś — w Łęczyckim.

P. Fr. Ig. Frejlich wykazał *ruch chorych i śmiertelność przy chorobach zaraźliwych w szpitalach warszawskich*, za czas 1901—1905 r. włącznie. Najwięcej tu było chorych na gruźlicę, a drugie zaraz po niej miejsce zajmują chorzy na przymiot. $^1/_3$ leczonych na gruźlicę w szpitalach umiera, liczba zaś tych chorych stale wzrasta.

Dr Garbaczewski z Turobina przedstawił *statystykę urodzeń i śmierci w gminie Turobin* za dwudziestolecie 1888—1907 włącznie.

Dr Bolesław Horodyński z Puław przedstawił *ruch chorych w szpitalu puławskim za lat 10* i rodzaje chorób, na jakie zapada ludność, szukająca w nim pomocy. Smutne uwagi nastręczają tablice chorób młodzieży miejscowego wyższego zakładu naukowego.

Bogatą kolekcyę tablic wystawił Dr Kazimierz Jaczewski. Widzimy tam nietylko *ruch chorych w 4 głównych szpitalach lubelskich*, ale także obliczenie łóżek w stosunku do ludności, śmiertelność panującą w szpitalach, koszta szpitalne, obliczenie potrzebnej ilości powietrza dla chorych i porównanie owej wymaganej z tą, jaką chorzy znajdują w szpitalach lubelskich; śmiertelność i powodujące ją choroby, wreszcie tablicę porównawczą śmiertelności miast polskich. Z tej ostatniej tablicy dowiadujemy się, że na 10.000 mieszkańców przypada zejść: w Zgierzu 332, w Łodzi 299, w Krakowie 280, w Kielcach 259, w Lublinie 241, we Lwowie 230, w Poznaniu 224, w Warszawie 220, w Płocku 220, w Piotrkowie 141, w Będzinie 103. Śmiertelność tedy waha się między 1.03—3.32% ludności.

Inna jeszcze tablica Dra Jaczewskiego wykazuje śmiertelność w stosunku do wieku. Widzimy z niej, że na 100 zmarłych było: 0—1 roku 22,1%, 1—5 lat 17,3%, 5—10 lat 4,0%, 10—15 lat 2,1%, razem 0—15 lat 44,5% czyli, że niemal połowa zejść przypada na dziatwę.

Tablica, wykazująca ilość łóżek szpitalnych w stosunku do zaludnienia, dowodzi, że gdy na zachodzie Europy przypada 91—101 łóżek szpitalnych na 10,000 ludności, to Warszawa posiada ich 82, Królestwo Polskie 5,8, a gub. Lubelska zaledwie 3,8. W granicach państwa rosyjskiego należymy tu do najbardziej upośledzonych, albowiem na ogół Rosya europejska posiada 7,1 łóżek szpitalnych na 10.000 mieszkańców, gubernie, mające ziemstwa — 8,9 łóżek, a gubernie nadbaltyckie nawet 14,6 łóżek na 10.000 mieszkańców. Okazuje się nadto pod tym względem w ciągu ostatnich lat 30 pewne cofanie, bo gdy w ciągu lat 1875—1904 ludność gubernii Lubelskiej i miasta Lublina podwoiły się, ilość łóżek szpitalnych wzrosła bardzo nieznacznie, i obecnie posiadamy w stosunku do ludności mniej łóżek, niż przed 30 laty (4,2‰ i 3,8‰). Nadto szpitale lubelskie znajdują się w warunkach higienicznych, pozostawiających wiele do życzenia; nie mają ani dostatecznej ilości powietrza (46—54% normy, wymaganej dla szpitali), ani światła (40—65% wymaganej normy), ani powierzchni nawet (około 40% normy). 40% zmarłych stanowią suchotnicy, 17,4% chorych szpitalnych umiera na zapalenie płuc, pozostałe 42,6% na choroby zakaźne, z których wysypki i tyfus zajmują naczelne miejsce.

Inne jeszcze tablice wykazują śmiertelność w m. Lublinie w latach 1905—1907 względnie do wieku zmarłych, inne z uwzględnieniem pory roku. Co do tej ostatniej, największa śmiertelność wśród niemowląt (0—1 roku życia) była w miesiącach letnich: czerwcu, lipcu, sierpniu; wśród starszych — w miesiącach zimowych od października do marca. W szpitalach lubelskich najwyższy koszt lekarstw wynosił w okresie 1883—1904 15 kop. dziennie na pacyenta (szpital św. Józefa); najwięcej kosztowała dzienna porcya żywności chorego — 23 kop. (szpital św. Jana); »inne« koszta dochodziły 110 kop. dziennie (w szpitalu św. Józefa); koszta remontu budowli i rozszerzenia gmachów dosięgły najwyższej w tym okresie czasu sumy 30,000 rubli (w r. 1889) w szpitalu św. Wincentego. Tablice Dra Jaczewskiego wykazały nadto, że gdy przed 30 laty dużo łóżek w szpitalach było niezajętych, obecnie łóżka etatowe nie wystarczają i w szpitalach przebywa stale pewna liczba chorych powyżej etatów.

Prócz grafik, odnoszących się do szpitalnictwa, przedstawił Dr Jaczewski przyrost ludności gubernii Lubelskiej i miasta Lublina w okresie lat 1875—1904.

Instytut Higieny Dziecięcej w Warszawie dał sprawozdanie z 6-letniej działalności (rok 1903—1908).

Bardzo ciekawe tablice przedstawił Dr Klarner. Dotyczą one wprawdzie jednej gminy Bełżyce w pow. Lubelskim, ale dla gminy tej są niemal wyczerpujące. Obejmują one: 1) skład ludności gminy według wieku, 2) krzywą długości życia, 3) krzywą urodzeń, 4) krzywą śmiertelności, 5) śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia, 6) śmiertelność według wieku i płci, 7) przewyżkę urodzeń nad śmiertelnością, 8) porównanie śmiertelności z ceną żyta i kartofli w okresie 28-letnim (1879—1907), oddzielnie dla ludności miejskiej i wiejskiej. Według tych tablic, na 1000 mieszkańców przypada:

	po wsiach	w miasteczku
urodzeń . . .	37,6	36,6
śmiertelność . .	17,8	19,0

Przewyżka znaczniejsza urodzeń nad śmiertelnością była: dla ludności wiejskiej w tym okresie 9 razy, dla miejskiej tylko 5 razy.

Wiek produkcyjny ludności nie dochodzi połowy ogółu ludności. Dodawszy do tego młodzież 15—20 lat i starych 55—60 lat, stanowiących ludność na pół produkcyjną, a wynoszącą łącznie 13,0% i licząc je za 6,5% ludności produkcyjnej, mielibyśmy razem w tej gminie 43,2% + 6,5% = 49,7% ludności produkcyjnej, czyli, że każdy pracownik pracą swoją utrzymuje oprócz siebie, jeszcze jedną istotę żyjącą. Najkrytyczniejszym czasem dla dzieci jest pierwszy rok życia. Umiera tu wśród ludności wiejskiej 91,5‰, wśród miejskiej 114,0‰ narodzonych. Najwięcej ludności umiera w marcu; ten sam miesiąc jest najkrytyczniejszy dla kobiet, gdy dla mężczyzn październik.

Zakład leczniczy dla umysłowo chorych w Kochanówce (pod Łodzią) przedstawił tablice stopniowego wzrostu liczby chorych, umieszczanych w zakładzie, za siedmiolecie (1902—1908). W roku otwarcia (1902) miał już 53 chorych, pod opieką 1 lekarza i 10 pielęgarzy; w roku następnym liczba chorych podwoiła się z górą (112), przybył lekarz drugi i 14 pielęgarzy; w roku ostatnim (1908) liczba chorych wynosiła już 220, pod dozorem 5 lekarzy i 46 pielęgarzy. Z zestawienia tych cyfr wynika, że na 1 lekarza przypadało w różnych latach 44—56 chorych, a 1 pielęgarz obsługiwał 4,7—5,3 chorych w przecięciu.

Instytucya kolonii letnich dla dzieci w Lublinie przedstawiła w tablicach graficznych sprawozdanie z dziesięcioletniej swej działalności.

Kropla mleka w Lublinie wydała w ciągu trzechlecia 1904—1906 mleka: w roku 1904 2,997 flaszek, w r. 1905 3,842 flaszek, w r. 1906 6,182 flaszek. Śmiertelność między dziatwą, utrzymywaną kosztem instytucyi, wynosiła zaledwie 3,5%.

Łomżyńskie Towarzystwo Higieniczne przedstawiło graficznie analizę *wód studziennych* w Łomży. Z przedstawienia tego okazuje się, że z liczby ogólnej 88 badanych studzien zaledwie w 9 jest woda dobra, w 8 innych możliwa do

poprawienia, w pozostałych zaś 67 studniach woda jest zła zupełnie. Pomimo to ludzie muszą jej używać, co ilustruje najlepiej nasze porządki sanitarne.

Interesującą jest statystyka lecznicza pracowni bakteryologicznej Dra Palmirskiego z lat 22. Okazuje się, że w ciągu okresu od r. 1886—1907 włącznie, leczyło się tu 17.032 osób, śmiertelność zaś między niemi wynosiła zaledwie 0,4% (zmarło bowiem 71 osób). W instytucie Pasteura zmarło w tymże czasie 54 osoby, co odpowiada 0,6%.

Dr Prusinowski przedstawił wykaz przypadków otrucia lub usiłowań jego w gubernii Kaliskiej w latach 1888—1906.

Dr Puławski, dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie, oprócz sprawozdań z działalności zakładu, przedstawił dane o wynikach szczepienia ospy i o działalności funkcyonującej od lat kilku łaźni ludowej imienia Prusa w Nałęczowie. Sądząc z danych dotychczasowych, kąpiele ciepłe pomimo niezwykle nizkiej ceny nie zdobyły popularności, skoro liczba wybranych kąpieli nie przechodzi 1,5 rocznie na głowę ludności 4 wsi najbliższych.

Wyczerpujące tablice działalności przedstawiły Ogrody Raua w Warszawie. Wykazały one, że w ciągu lat 1902—1906 liczba uczęszczań doszła do olbrzymiej cyfry 1,748.913, a w samym tylko roku zeszłym 1907 do 565.785. W ciągu 4 lat sprawozdawczych najwięcej uczęszczań zaznaczonych jest w lipcu, potem w sierpniu i maju, następnie w czerwcu i wrześniu. Koszt utrzymania ogrodów w roku 1907 wynosił rubli 15.328 kop. 76, co odpowiada 2,7 kop. dziennie na każde dziecko.

Dr Roszkowski przedstawił tablice żywienia niemowląt, szczepienia ospy, choroby angielskiej wśród tychże niemowląt (42,5%), wreszcie alkoholizmu i nerwowości. Z 2½ tysięcy obserwowanych przypadków było nie pijących ojców tych dzieci zaledwie 17%, matek 23,7%, umysłowo zdrowych tylko 95,7%; upijających się 12% ojców i 3% matek. Z liczby dzieci tych rodziców 52% piło już w 12—14 roku życia.

Szkoła Lubelska (filologiczna) przedstawiła stan zdrowia i rozwój fizyczny swych uczniów w 10 tablicach graficznych, wykonanych przez Dra Tołwińskiego, wiceprezesa wystawy, a presesa oddziału Lubelskiego Tow. Higienicznego. Prócz tych, Dr Tołwiński wystawił opracowane przez siebie (dawniej jeszcze) tablice fizycznego rozwoju ludności powiatu Lubartowskiego, z wyróżnieniem narodowości: Polaków, Niemców i Żydów oddzielnie; nadto tablice szczepienia ospy w 10 guberniach Królestwa w latach 1891—1904, w zestawieniu z liczbą noworodków z każdej gubernii i każdego roku oddzielnie. Niezależnie od tych tablic, widzimy jeszcze opracowane przez tegoż badacza grafiki, wykazujące zaopatrzenie w wodę ludności tegoż powiatu z zaznaczeniem, że wiele osad ludzkich nie ma wcale studni i posiłkuje się jedynie wodą rzeczną lub ze stawów, wątpliwej bardzo wartości.

Dr Wernic na trzech tablicach graficznych przedstawił obserwacye swoje w dziedzinie higieny szkolnej, mianowicie: *walkę z chorobami zakaźnemi*, *rozkład zajęć szkolnych* i *higienę pracy i snu*. Ciekawe w tem zestawieniu jest wykazanie, na ile czas zajęć szkolnych wyczerpuje umysł i uwagę dziecka, które ku końcowi już trzeciej godziny lekcyi wyczerpują się i słabną, a w czwartej godzinie mało mają kwalifikacyi do korzystania z wykładu.

H. Wiercieński przedstawił m. i. *mapę śmiertelności* w parafiach dzisiejszego powiatu Puławskiego za czas od 1850—1900 roku. Geograficzne to zestawienie, z jednoczesnem oznaczeniem granic parafii, oraz wyżyn i nizin w powiecie, przekonywa, co zresztą teoretycznie było wiadome, że na wyżynach śmiertelność jest znacznie mniejsza, niż w dolinach rzecznych, a różnica pomiędzy jednemi i drugiemi parafiami dochodzi niekiedy do 25%.

Dr Zapasiewicz w tablicach swych wykazał liczbę chorych na *gorączkę powrotną* w szpitalu św. Stanisława w Warszawie.

Adolf Zadziewicz, lekarz-dentysta, dał graficzne zestawienie chorób zębów i jamy ustnej wśród uczniów szkół łódzkich, konstatując wielkie co do tego braki.

»Jak z powyższego zestawienia przekonać się można« — dodaje p. H. W. — »materyał statystyczny, acz bardzo niejednolity, znalazł się na wystawie w pokaźnej ilości, nie rzadko jest on bardzo ważny i obchodzący szerszy ogół. Uważałem też za pożyteczne nie tylko zregestrować ten materyał, ale i dać treściwą o nim wiadomość, celem ułatwienia interesującym się danym działem wiedzy odnalezienia potrzebnych im danych statystycznych, lub uprzedzenia ich, ażeby roboty już dokonanej nie przedsiębrali niepotrzebnie po raz drugi, a tym sposobem zaoszczędzony czas i dobre chęci zwrócić mogli ku przedmiotom, dotąd nieopracowanym«. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. II. 1909 posiedzenie, na którem obrano członkami honorowymi Towarzystwa wśród gorących oklasków Prof. Dra Marsa i Prof. Dra Gluzińskiego ze Lwowa, poczem doc. Rutkowski przedstawił przypadek wodogłowia wewnętrznego, operowany sposobem Schmiedena i Payera, a Dr Pisarski przypadek raka pęcherza moczowego, operowanego przez resekcyę pęcherza. W dyskusyach przemawiali: prym. Dr Borzęcki, Prof. Browicz, Prof. Kader, Dr Rapoport i doc. Rutkowski.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie koledze Dr Mączce z Krakowa za ofiarowanych bibliotece Towarzystwa blisko 100 tomów dzieł lekarskich. Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— Na posiedzeniu Rady honorowej Izby lekarskiej zach.-galic. w dniu 29. stycznia: 1) odbyła się ponowna rozprawa przeciw Drowi K. z S., wskutek skargi grona lekarzy, w nieobecności obwinionego, który nadesłał pisemne wytłómaczenie. Po naradzie uznano Dra K. winnym uchybienia godności stanu lekarskiego z § 34 2 a regulaminu i udzielono mu kary nagany. — 2) W sprawie Dra G., przesłanej Izbie przez Sąd krajowy karny, uchwalono zasięgnąć informacyi. — Tegoż dnia odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem załatwiono szereg spraw drobnych.

— Sprawa ustanowienia na koszt rządu większej liczby lekarzy policyjnych w Krakowie, mogąca znacznie ułatwić uregulowanie publicznej służby zdrowia, była przedmiotem konferencyi, odbytej w magistracie w d. 3. II. b. r. z udziałem krajowego referenta sanitarnego, r. dw. Dra Merunowicza.

— Towarzystwo kolonii wakacyjnych dla uczniów szkół średnich pomieściło w r. z. w kolonii w Porębie wielkiej 50 uczniów (w pierwszym roku istnienia pomieszczono 15, w trzech następnych latach 40—46 uczniów), którzy w ciągu pobytu letniego zyskali razem 150 kg. wagi. Uwagi lekarskie o kolonii ma ogłosić Dr Czapliński z Mszany dolnej. Wydatki zwyczajne kolonii wynosiły 7698 kor. Majątek Towarzystwa (dom w Porębie, fundusz żelazny) wynosił 17.958 kor. Towarzystwo miało w r. 1908 251 członków.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie liczyło z końcem r. 1908 członków czynnych 228 (w r. 1907 219). W ciągu roku 1908 odbyło się w Towarzystwie posiedzeń naukowych 24 (o 2 więcej od największej liczby lat poprzednich), a na nich wygłoszono 28 wykładów i 30 razy przedstawiano chorych, preparaty i t. d. z 46 przypadków; w wykładach i demonstracyach brało udział 34, w dyskusyach 56 mowców. W posiedzeniach uczestniczyła zazwyczaj czwarta część ogólnej liczby członków; liczniejsze zebrania walczyć musiały z ciasnotą sali posiedzeń, to też Towarzystwo krząta się około zebrania funduszów na budowę własnego domu. Posunęła się także naprzód sprawa uzyskania przez Towarzystwo lwowskie większej autonomii w łonie Towarzystwa lekarzy galicyjskich; »Tygodnik lekarski«, będący od dwu lat organem Towarzystwa, ma wkrótce przejść na jego własność.

— W sprawie budowy zakładu położniczego w Krakowie odbyła się w Wydziale krajowym 30. I. 1909 konferencya przedstawicieli Rządu, Wydziału krajowego, Wydziału lekarskiego krakowskiego i szkoły położnych, mająca ustalić miejsce pod budowę, udział finansowy skarbu państwa i stosunek kliniki do szpitala. W konferencyi uczestniczyli szef dep. V. Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, kraj. referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, dziekan Wydziału lek. krak. Prof. Wachholz, dyrektor kliniki krakowskiej Prof. Rosner, inspektor szpitali kraj. Dr Łuszczkiewicz, profesor szkoły położnych Prof. Dobrowolski, członkowie krajowej Rady Zdrowia Dr Festenburg i dyr. Dr Starzewski. Jak słychać, jako miejsce pod budowę obrano ostatecznie plac w sąsiedztwie »Collegium medicum«; natomiast inne sprawy nie zostały jeszcze ostatecznie załatwione.

— Klinika pedyatryczna ma być otwarta w ciągu marca b. r.; objęcie szpitala św. Zofii przez Wydział krajowy ma nastąpić po 1 kwietnia. (»Tyg. lek.« 4).

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo odontologiczne liczyło w r. 1908 członków 73 i miało 1.053 rb. dochodu, a 974 rb. rozchodu. W ciągu swego 18-miesięcznego istnienia opracowało Towarzystwo i podało do zatwierdzenia ustawę »Kasy samopomocy odontologów polskich«, przygotowało regulamin honoraryów dentystycznych i regulamin, zapobiegający niewłaściwej reklamie, zajęło się wznowieniem wydawnictwa polskiego »Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej« i utworzeniem dwu

ambulatoryów dla uczniów szkół ludowych. Na r. 1908 wybrało Towarzystwo prezesem p. Leona Schelera.

— Uroczyste otwarcie nowych lokalów Pogotowia ratunkowego, wybudowanych za kwoty, z niesłychanym trudem, uzyskane z ofiarności publicznej, odbyło się 31. I. 1909.

— Wskutek przedstawień kuratorów szpitali rozpatrywał magistrat sprawę podwyższenia płacy urzędnikom szpitali i doszedł do wniosku, że jednocześnie należałoby uregulować płace lekarzy, pracujących dotąd w szpitalach bądź bezpłatnie, bądź otrzymujących po 300 rb. rocznie (za kierownictwo oddziałów!). Ponieważ jednak według obliczenia Wydziału dobr. uregulowanie tej sprawy wymagałoby 300.000 rb. rocznie, przeto magistrat postanowił jej obecnie nie załatwiać, lecz przekazać przyszłemu samorządowi miejskiemu.—Podobnież poszła w odwłokę sprawa budowy baraku cholerycznego na terytoryum szpitala św. Stanisława; władze wyższe poleciły bowiem wstrzymać tę sprawę aż do czasu sporządzenia ogólnego planu ulepszenia szpitalnictwa warszawskiego.

— Zmarły niedawno bł. p. Ignacy Bernstein zapisał 30.000 na szpital izraelicki, a 24.000 na oddział oczny tegoż szpitala.

— Zmarły ordynat Adam hr. Krasiński zapisał m. i. 20.000 kor. na fundusz stałych zapomóg na bezpłatne leczenie w sanatoryum w Zakopanem piersiowo chorych pracowników na niwie naukowej i literackiej.

Z różnych stron. W Brukseli utworzył się komitet pod nazwą »Pro Italia medical« celem utworzenia funduszu dla sierot po lekarzach, którzy zginęli przy trzęsieniu ziemi w Messynie.

— W Chemnitz mają lekarze szkolni orzekać, czy wychowańcy, kończący szkoły, nie są przypadkiem niezdolni fizycznie do pewnych zawodów. O wyniku badania w tym kierunku będą rodzice zawiadamiani na parę miesięcy przed końcem roku szkolnego, aby mieli czas wybrać dla dzieci odpowiedni zawód.

— Prof. Bezold z Monachium zapisał 5000 marek na fundusz wdów i sierot po lekarzach bawarskich, a właściciel dóbr Baildon-Briestwell 100.000 marek uniwersytetowi we Wrocławiu na zwalczanie raka i gruźlicy. *X*

— 12. II. 1909 przypada setna rocznica urodzin Darwina; w dniu tym wiele Towarzystw przyrodniczych i lekarskich w Europie urządza uroczysty obchód pamiątkowy.

Mianowani: Dr Fryderyk Flohr sekundaryuszem szpitala krajowego we Lwowie.

Zmarli:

Dr Sebastyan Mach,

uczestnik powstania z r. 1863, po którem był przez lat pięć na zesłaniu w Syberyi, poczem osiadł w Galicyi w Jarosławiu — w Krakowie w 65 r. ż.

Dr Feliks Szadkowski w 53 r. ż. w Warszawie.

Dr Daimer, referent sanitarny austr. min. spraw wewn., wielce na polu sanitarnem zasłużony, dla potrzeb naszego kraju wyrozumiały i życzliwy — w Wiedniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Prof. Kader i Asystenci kliniki chirurgicznej przedstawią szereg chorych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen, jego działanie i zalety omawia H. Feigen, z klin. uniw. w Bonn, w pracy p. t. »Die Bacterien-Menge des Dünndarms und ihre Beeinflussung durch Antiseptica«. Uważa on purgen za środek łagodnie przeczyszczający, wywołujący obfite wydzielanie się czystego soku jelitowego, zmniejszenie się wyraźne drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, nie uszkadzający zaś jelita, a to w przeciwieństwie do silnie odkażających środków, szczególnie do kalomelu, których działanie przeczyszczające łączy się zawsze z podrażnieniem jelita. *W*

Arhovin. Dr R. Blum w Salzerbad (Ther. Centralbl. 1908, Nr 17). Wytworzenie arhoviny dało podstawę do szerszych prób wewnętrznego zastosowania środka przeciwwiewiórowego zamiast powszechnie przedtem używanych środków balsamicznych. Arhovina, użyta wewnętrznie, ulega szybko w żołądku wessaniu. Przy leczeniu wiewióra u kobiet, jakoteż u mężczyzn, przeprowadza B. postępowanie skombinowane, t. j. stosuje obok wewnętrznego podawania arhoviny potrzebne zabiegi miejscowe. Szereg szczegółowo w artykule Dra B. przedstawionych przypadków uwidocznia sposób działania arhoviny. Szczególnie wybitnie objawia się wpływ korzystny na dolegliwości podmiotowe, bole i parcie na mocz. U kobiet okazały się korzystnymi tampony z waty, napojone 2—5% oliwą arhovinową, wprowadzane do pochwy.

B. podnosi szczególnie zupełny brak objawów ubocznych przy podawaniu arhoviny, jakoteż brak niekorzystnego wpływu na apetyt, trawienie, na czynność nerek, wreszcie na skórę. Działanie jest równie silnie przy ostrym i przewlekłym wiewiórze.

B. uważa arhovinę na istotne wzbogacenie środków leczniczych przeciw wiewiórowi stosowanych i uważa za uzasadnione szybkie rozpowszechnienie się tego środka. *Hr. W.*

Bromural (wyrób fabr. Knoll et Co.), poleca Dr Onderdonk, Louisville (Med. Progr. 1908. Nov,), jako środek działający bardzo korzystnie w różnych postaciach histeryi, sprowadzający uspokojenie i posilny sen. Dr Hoffmann z Mannheim uważa bromural (Münch. med. Woch. 1908. Nr 48) za środek skuteczny przeciw chorobie morskiej, obok stosowania innych przyjętych środków ostrożności. *W.*

»Digipuratum« (*Extractum digitalis depuratum Knoll.*) Dr Leo Müller, asyst. klin. uniw. w Heidelbergu (Münch. med. Woch. 1909. Nr 51) stosował digipuratum w ciężkich stanach ostrej i przewlekłej niedomogi sercowej przy wadach zastawkowych, w schorzeniach mięśnia sercowego i naczyń, nadto w przewlekłem zapaleniu nerek, zapaleniu płuc, opłucnej i osierdzia. Skutek zwykle po 12 kołaczykach; najczęściej 2 g. digipuratum wystarcza potem do pogłębienia i przedłużenia działania. Smak dobry, brak podrażnienia przewodu pokarmowego. *W*